Rok XXX. Kraków, 1 Sierpnia 1891. Nr. 31.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałów.

Odczyt wygłoszony w sekcyi medycyny wewnętrznéj na Zjeździe lekarzy i przyr. w Krakowie d. 18 lipca 1891 r.

Podał
Dr. Alfred Sokołowski,
Ordynator szpitala św. Ducha w Warszawie.

Obserwując przez czas dłuższy rozmaite cierpienia migdałów, spostrzegając najrozmaitsze objawy kliniczne i zestawiając je ze zmianami anatomicznemi, dochodzi się do przekonania, że patologija tych organów nie jest tak prostą i szczupłą jakby się wydawać mogło, przeglądając którykolwiek ze stosownych podręczników.

Migdały, zawdzięczając z jednéj strony swéj budowie anatomicznéj, a z drugiéj być może swéj roli fizyjologicznéj są gruntem bardzo podatnym, na którym rozwijać się mogą najrozmaitsze cierpienia zależne bądź od zaburzeń fizyjologicznéj czynności tych organów, bądź od przypadkowych zakażeń. Szczupłe ramy, w których dziś poglądy swoje na niektóre cierpienia zawrzeć muszę, pozwalają mi zaledwie na zaznaczenie wybitniejszych charakterystycznych cech badanych przezemnie spraw, lecz w każdym razie sądzę, iż będą one wystarczającemi, aby dowieść słuszności mych poglądów. Ograniczę się dziś na opisie niektórych cierpień, umiejscowionych wyłącznie w kryptach migdałów i charakteryzujących się obok innych zmian zwiększoną wydzieliną. Lecz i tu zastrzedz sobie muszę, że będę mówił tylko o tych sprawach, przy których wydzielina jest znacznie zwiększoną, morfologicznie zmienioną i zawsze gołem okiem przy badaniu spostrzeganą. Każdemu z klinicystów doskonale znanemi są rozmaite zapalenia migdałów, przy których z krypt wydzielają się białoszarawe masy. Każdy wie o tem, że podobne masy wydzielają się raz w sprawach ostrych, to znów w sprawach chronicznych; wydzielają się one bądź pod postacią twardych czopów, bądź też wypływają z krypty pod postacią ciągnącéj się masy i że nareszcie badane pod mikroskopem najrozmaitszą budowę wykazują. Najczęściéj w kryptach spotykamy się z czopami mniej lub więcéj twardemi, składającemi się prawie wyłącznie ze zrogowaciałych zbitych komórek nabłonkowych z małą domieszką ciałek limfatycznych. Czopy te siedzą zwykle głęboko w kryptach przerosłych migdałów i dopiero przy ucisku na migdał wychodzą na wierzch. Zaznaczając, że czopy te siedzą w kryptach przerosłych migdałów, nie chciałbym przez to przypisywać przerostowi jakiegoś znaczenia przyczynowego. Że zmiany, jakim podlegają migdały przy przeroście, mogą wpływać na zatrzymywanie się wydzieliny krypt, nie ulega to najmniejszéj wątpliwości, lecz biorąc pod uwagę budowę przed chwilą opisanych czopów, musimy obok przerostu przypuścić jakieś inne cierpienie, któreby wywoływało mocne bujanie i złuszczanie się nabłonków krypty wyścielających. Aby się przekonać, że przy przeroście migdałów łatwiéj niż w jakichkolwiek innych warunkach wydzielina krypty zatrzymać się może, dostatecznem jest otworzyć kryptę stwardzonego w alkoholu przerosłego migdała. Prawie zawsze ściany podobnéj krypty są zasypane drobnemi ziarenkami, a czasem jakby brodaweczkami. Wielokrotnie badając pod mikroskopem podobne krypty, przekonałem się, że ziarenka i brodaweczki te są niczem innem, jak mocno przerosłemi folikułami, wrastającemi w światło krypty. Podobne wrastanie folikułów wywołuje zwężenie ujścia krypty, a przez to zatrzymywanie się zawartości, która pozostając w krypcie przez czas dłuższy, jako ciało obce i rozkładające się drażni sąsiednie tkanki, doprowadza do katarów objawiających się najczęściéj proliferacyją i mocnem złuszczeniem się nabłonków. Widząc tak ścisły związek pomiędzy przerostem migdałów a podobnym katarem krypt, możnaby się na niego zapatrywać jako na jeden z objawów, jako niezbędne następstwo przerostu. Zwracając jednak baczniejszą uwagę na kliniczną stronę tego cierpienia, jako to częste wydzielanie

się czopów, częsty ból i utrudnione łykanie, a następnie na ten fakt, że podobne katary deskwamacyjne chociaż rzadko jednak spotykałem w migdałach mało lub wcale nie przerosłych, stanowczo skłaniam się ku oddzieleniu tego cierpienia od zwykłego przerostu migdałów, a nawet ku nadaniu oddzielnego miejsca w klasyfikacyi cierpień migdałów pod nazwą *tonsillitis lacunaris desquammativa chronica*. Sprawa ta jak wiadomo jest zawsze przewlekłą i pomimo najrozmaitszych rękoczynów ustępuje bardzo trudno; wycięcie nawet migdałów, które jakby się wydawać mogło, powinnoby radykalnie uleczyć chorego, nie zawsze do celu doprowadza. Niekiedy u chorych podobnie cierpiących zjawia się pogorszenie, charakteryzujące się mocnym bólem gardła, zaczerwienieniem i obrzękiem błony śluzowéj migdałów. Badając gardziel, spotykamy się z temi samemi czopami, cała różnica polega na tem, że tam czopy przy ucisku na migdał łatwo się wydzielały, tu zaś siedzą w kryptach bardzo mocno. Badanie mikroskopowe samych czopów i migdałów wyciętych w podobnym okresie przekonało mnie, że pod względem anatomicznym te dwie sprawy wcale się nie różnią. Zmiana obrazu klinicznego zależy wyłącznie od obostrzenia się sprawy chroniczném. Co się tyczy przyczyn podobnych obostrzeń to za możliwe uważam dwa czynniki. Przed chwilą mówiłem, że przy obostrzeniu sprawy chroniczném czopy w kryptach siedzą bardzo mocno. Przyczyną podobnego utkwienia czopów może być z jednéj strony tak mocne zbliżenie się ścian krypt wskutek przerostu folikułów, że nie wystarczającą jest siła działających na migdał mięśni, aby je usunąć, a one dopiero jako ciała obce wywołują obostrzenie lub też przyłącza się jakieś zapalenie, chociażby charakteru surowiczego, które wywołując przekrwienie i obrzęk ścian krypt, utrudnia wydzielanie się zawartości. Jednem słowem przypuszczam, że z jednéj strony samouwięźnięcie czopów może wywoływać obostrzenie, z drugiéj zaś strony obostrzenie jest wywołane innym jakimś czynnikiem chociażby natury reumatycznéj, a uwięźnięcie czopów jest tylko objawem następowym. Bez wątpienia i w tym razie nie pozostanie ono bez wpływu i odbije się czy to na natężeniu czy też na przewlekłości sprawy, tembardziéj że prawie we wszystkich czopach wykrywałem rozmaite pasorzyty, a nawet w jedym przypadku aktinomykozę. Mówiłem, że żadnych podstaw anatomicznych, któreby wyraźnie charakteryzowały to cierpienie, nie mam, że badania mikroskopowe dały mi prawie te same obrazy, jakie obserwowałem przy chronicznym przebiegu téj sprawy. Lecz i w tym razie, również jak w pierwszym, klinika zmusza mnie do pewnych ustępstw na jéj korzyść. Grunt na którym rozwijają się te obostrzenia, jednem słowem chroniczne wydzielanie się czopów, daje często jak mówiłem objawy małe i niewyraźne, a tymczasem obostrzenie ma tak wybitne cechy sprawy ostréj, że nie oddzieliwszy jéj, przyczyniłbym się do nowéj plątaniny i tak nie zbyt jasnych pojęć w téj kwestyi.

Jeżeli chory nic nie wiedząc o swem chronicznem cierpieniu przyjdzie do lekarza ze wszystkiemi objawami sprawy ostréj, to ostatniemu nie możemy się dziwić, że się zawaha wpierw nim ją nazwie chroniczną. Dlatego też uważając ją za chroniczną obostrzoną jedynie ze względów czysto praktycznych, proponuję również oddzielenie téj sprawy i nazwanie jéj *tonsillitis lacunaris desquamativa exarcebata*. Za sprawę ostrą *desquamativa acuta acuta* uważać jéj nie mogę, gdyż w podobnych sprawach dochodzi do całkowitego złuszczenia całéj warstwy nabłonkowéj. Na tych miejscach tworzą się erozyje, czego w badanych przezemnie przypadkach nie spostrzegałem. Bardzo jest rzeczą możliwą, że sprawa ta istnieje w migdałach oddzielnie; proponując więc nazwę, znów nie byłbym w zgodzie z anatomiją.

Mówiąc o sprawach zapalnych migdałów zlokalizowanych do krypt, nie mogę pominąć tak ważnéj i częstéj sprawy, o któréj już tyle mówiono i pisano, mianowicie o tak zwanéj *angina follicularis*. Nie mogę tu obszerniéj zatrzymywać się nad literaturą danego cierpienia, muszę jednak wspomnieć o podstawowéj pracy B. Fraenkla z Berlina (1886 r.) p. t. „*Angina lacunaris und diphteritica*“. Autor zalicza to cierpienie do chorób czysto zakaźnych, zwraca uwagę na częste tak zw. epidemije domowe, na możliwość przejścia téj sprawy w błonicę, nareszcie na poparcie związku tych dwóch spraw przytacza przykłady, w których jeden osobnik zarażając się od drugiego cierpiącego na t. zw. *anginam lacunarem*, dostawał błonicy lub odwrotnie. Daléj opisuje swe badania bakteryjologiczne, nad wydzieliną krypt przy tem cierpieniu. Zdołał on wyhodować trzy gatunki; jeden *diplococcus*, drugi przypominający *staphylococcus pyogenes aureus*, trzeci *staphylococcus pyogenes albus*. Szczepienia jednakże nie dały żadnych pozytywnych rezultatów i dlatego też żadnemu z tych pasorzytów autor specyficznych własności nie przypisuje. Na zakończenie przyznając że tak zw. *angina lacunaris* jest ściśle związaną z błonicą, Fraenkel stanowczo oddziela ją od błonicy na podstawie badań mikroskopowych dokonywanych nad wydzieliną. Autor nigdzie nie wykrywał włóknika i dodawszy do tego nieco słabsze objawy kliniczne w porównaniu z błonicą, uważa twierdzenie swoje za zupełnie uzasadnione.

Ja badałem nieco odmienne zmiany, które się odbywają w migdałach w *angina lacunaris*, niż to czynił Fraenkel. Nie ograniczałem się na badaniu wydzieliny krypt, lecz wycinałem u téj kategoryi chorych cały migdał i zatopiwszy go w parafinie, badałem skrawki pod mikroskopem. Aby dowieść, że miałem do czynienia z rzeczywistą tak zw. *angina lacunaris*, opowiem w paru słowach objawy kliniczne i zmiany na migdałach, jakie spostrzegałem u operowanych chorych. Podobnie zajęte migdały wycinałem u trzech chorych. Byli to ludzie młodzi od lat 12 do 29, często zapadający na rozmaite cierpienia gardła. Dwoje z nich opowiadało, że kilkakrotnie przedtem przebywali błonicę. Przychodzili rozgorączkowani, skarżąc się na mocny ból gardła. Przy badaniu znajdowałem ciepłotę dochodzącą do 39°, usta spieczone, gruczoły szyjowe powiększone i bolesne. We wszystkich przypadkach znajdowałem jeden migdał mocno powiększony i zaczerwieniony. Na jego powierzchni spostrzegałem liczne, biało-żółtawe plamki ściśle ograniczone do ujścia krypt. Przy dotknięciu sondą widziałem, że plamki te nie są niczem innem jak wydobywającą się z krypt zawartością, która pod wpływem ucisku wypływała pod postacią biało-żółtéj, ciągnącéj się masy. Inne części gardziela były umiarkowanie zaczerwienione, w krtani i jamie nosogardzielowéj żadnych zmian nie wykrywałem.

Charakterystycznem jest, że wogóle autorowie przy wskazaniach do wycinania migdałów zaznaczają, że ostre zapalenie migdałów jest stanowczem przeciwskazaniem do operacyi, gdyż mogą nastąpić obfite następowe krwawienia. W operowanych przezemnie przypadkach nie miałem podo-

bnego powikłania, sądzę więc, że obawa ta jest może nieco przesadzoną.

Na skrawkach barwionych sposobem Weigerta znajdowałem przedewszystkiem mocno rozszerzone krypty i całkowicie wypełnione zawartością. Zawartość ta różniła się od mas, o których mówiłem przy *tonsillitis desquamativa.* Tu uderzała wielka ilość ciałek limfatycznych, pasorzytów i obecność siateczki włóknikowéj. Co się tyczy grzybków, to spostrzegałem prawie wyłącznie drobniutkie diplokoki, lecz obok nich spostrzegałem i inne gatunki, mianowicie streptokoki, pojedyncze koki i laseczniki, lecz nie gruźlicze. Włóknik we wszystkich przypadkach niewątpliwie znajdowałem, lecz stosunek jego do tkanek różnił się nieco od stosunku, jaki zwykle obserwujemy w złośliwéj błonicy. Tam siateczkę włóknikową widzimy głęboko wdrążającą się w tkankę i tkanka sama podlega nekrozie. Tu chociaż jedno i drugie można spostrzegać, jednak sprawa ta odbywa się bardzo łagodnie, nekrotyczne ogniska widziałem w niewielu miejscach i to tylko w powierzchownych warstwach tkanki. Tkanka adenoidalna i folikuły nie przedstawiają żadnych ważniejszych zmian, prócz bardzo mocnéj infiltracyi. Dodawszy do tego wszystkiego, że komórki, między któremi widocznym był włóknik, źle się barwiły, musimy dojść do wniosku, że mamy tu do czynienia z typowem zapaleniem rzekomo błonowem *(infiltratio pseudomembranea)*, a cechami odróżniającemi je od zwykłego dyfterytu są: zawsze jednostajne umiejscowienie, mniejsza złośliwość i mniejsza tendencyja do rozszerzania się. Jednem słowem tak zw. *anginam lacunarem* uważam za sprawę identyczną z dyfterytem, tylko nieco mniejszego natężenia. Co się tyczy przyjętéj dotychczas nazwy *„angina follicularis“* to wydaje mi się ona zupełnie nieuzasadnioną. Przez wyraz *angina* pojmujemy rozlane zapalenie gardziela, a wcale nie migdałów, a tembardziéj krypt. Nazwa *lacunaris* nieco bliżéj lokalizuje sprawę, lecz nic nie mówi o jéj istocie. *Angina lacunaris* może przecież być *catarrhalis, pseudomembranacea, tuberculosa* i t. d., sama przez się *angina lacunaris* nic bliżéj nie określa. — Określenie zaś tak często używane *angina follicularis* w tym znaczeniu jest podług mnie zupełnie błędnem, gdyż folliküły są tu zawsze wolnemi. Najracyjonalniejszym terminem wydaje mi się *tonsillitis lacunaris pseudomembranacea*, gdyż termin ten ściśle lokalizując sprawę daje również pewne pojęcie o istocie samego zapalenia.

Zaznaczyć muszę, że nie mam żadnych podstaw, aby módz cośkolwiek powiedzieć o etylojologii tego cierpienia, gdyż nie robiłem kultur i doświadczeń na zwierzętach. — Zauważyć muszę, że praca w tym kierunku przedstawia kolosalne trudności ze względu na bezpośrednią komunikacyję krypt z jamą ustną. Nad pytaniem tém pracowało już wielu badaczy (Frenkel, Seifert, Gabbi, Czajkowski i inni), a jednak żadnych pozytywnych danych, dotychczas nie mamy. Sądzę jednak, że gdyby nawet badania dokonywane w tym kierunku dały jakiekolwiek pozytywne rezultaty, nie zmienią one mych zapatrywań na istotę saméj sprawy, opartych na badaniach anatomo-patologicznych.

Wyniki otrzymane z badania patologicznego pozwalają czynić bardzo ważne wnioski praktyczne, zapatrując się bowiem na tak zw. *anginam follicularem*, jak na lekki stopień zakażenia dyfterytycznego lekarz winien przedsięwziąć wszystkie te same środki profilaktyczne jak i w zwykłym dyfterycie, doświadczenie bowiem kliniczne już dawno wykazało, że w jednym i tym samym domu po zapadnięciu jednéj osoby na tak zw. *anginam follicularem*, inne późniéj zapadały na zwykłą mniéj lub więcéj ciężką błonicę, a co sobie tłomaczono wystąpieniem niezależnéj od tamtych spraw innego rodzaju infekcyi.

Praca, zawierająca szczegółowe wyniki badań, dokonanych wspólnie z asystentem moim Dr. Dmochowskim, pomieszczoną zostanie w „Gazecie Lekarskiej“.

II. Z oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalinskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową

na podstawie 4057 przypadków

zestawił

Dr. Leon Wachholz,

asystent Uniw. Jagiell. i lekarz praktykujący w tymże oddziale.

Panowie! Pozwólcie, że zabiorę głos w sprawie bardzo ogół chirurgów obchodzącéj, w sprawie narkozy. Jeśli myślą przeniesiemy się o kilkanaście wieków wstecz, w zamierzchłe starożytne czasy, widzimy naukę chirurgii wysoko rozwiniętą a obok niej widzimy, że egoistyczny duch ludzki już wówczas umysły naginał do badań, aby znaleść środki mogące ulżyć choremu w mękach i cierpieniach, gdy mu losem przeznaczono krwawym zabiegiem odzyskać w części swe zdrowie.

Nie jest moim zamiarem wspominać zdobycze ówczesne w dziale narkozy, np. konop indyjski i makowiec znany starożytnym Egipcyjanom i Chińczykom, ani kamień z Memphis w Rzymie używany, o którym Pliniusz młodszy i Dioscorides wspominają. Pragnę tylko w krótkich słowach zwrócić uwagę, jak gorączkowo dzisiaj się wysilamy, aby znaleść środek znieczulający, środek, któryby w części chociaż odpowiedział zasadzie Asclepiadesa do całéj lekarskiéj wiedzy zastosowanéj: *„cito, tuto et jucunde“*. Niestety, ani eter, ani chloroform nawet w części zasadzie téj nie odpowiadają, a dowodem tego to ciągłe krzątanie się za nowym środkiem, któryby pewnie i bezpiecznie znieczulał, nie odbierając choremu przytomności, nie narażając go na niebezpieczeństwo życia. I oto cały szereg środków targ chemiczno-farmaceutyczny co chwila przynosi, środki te wypływają na chwilę, aby potem w historyi tylko pomieszczenie znaleść.

A więc w miarę nieudałych poszukiwań za nowym środkiem, eter a głównie chloroform coraz więcej na powadze zyskują. Nie mogąc znaleść środka nowego lepszego, musimy przy dawnych pozostać, a chcąc ich ujemne strony złagodzić, doświadczeniem codziennem starać się nam trzeba, z działaniem ich bliżéj się zapoznawać, szkodliwym ich następstwom przeciwdziałać.

Korzystając z bogatego materyjału zebranego w oddziale szpitala św. Łazarza, pozostającym pod umiejętnym kierunkiem prof. Dra Obalińskiego, odważę się pokrótce naszem doświadczeniem z Panami podzielić. Na tem miejscu niechaj mi wolno będzie złożyć szczere podziękowanie czcigodnemu prof. Dr. Obalińskiemu za tyle łaskawe użyczenie materyjału, zachęcenie do pracy i za cenne wskazówki śród pracy mi udzielane.

Pół wieku blisko już upływa od chwili, gdy rok 1846 przyniósł nam eter, jako środek dokładnie znieczulający, po raz pierwszy przez dwóch amerykanów Charlesa Jaksona i W. T. G. Mortona, zrazu tylko przy zabiegach w jamie ust, głównie przy ekstrakcyi zębów używany. Dopiero Warren na prośby Mortona zastosował eter przy wyłuszczeniu guza na szyi. Odtąd eter rozpowszechniał się szybko, kojąc ból i przestrach przy krwawych zabiegach.

Tymczasem w dwa lata późniéj podaje Simpson do użytku w miejsce eteru chloroform, wykryty przez Soubeirana w Paryżu w r. 1831. Odtąd chloroform zaczyna zyskiwać przewagę nad eterem; jednak w miarę doświadczenia, w miarę jak zaczęto się przekonywać o różnych niebezpieczeństwach życiu grożących w czasie narkozy chloroformowéj, zarzucono go tu i ówdzie i znowu eter stosowano.

I tak w Anglii i Ameryce od roku 1872, tj. od czasu wystąpienia Dra Joy Jeffriesa na zjeździe oftalmologicznym z oświadczeniem, iż na podstawie doświadczenia klinicznego eter jest pod każdym względem pewniejszym, mniéj życiu zagrażającym środkiem znieczulającym, a potem zwłaszcza od czasu, gdy doświadczenie to klinicznie stwierdzonem zostało doświadczeniami na zwierzętach dokonywanemi, eter napowrót zyskał swe prawa, ale tylko w Anglii i Ameryce. W Niemczech mimo oświadczenia się Schiffa za eterem jako środkiem bez porównania bezpieczniejszym od chloroformu, ten ostatni aż do dnia dzisiejszego pełne swe zastosowanie posiada. Tylko Billroth usiłuje go osłabić mięszanką swoją złożoną z chloroformu, eteru i wyskoku. Mimo ulepszenia metod narkozy eterowéj, przecież narkoza chloroformowa jest poręczniejszą, pewniejszą w skutku, a co główna, ostrożnie według ścisłych reguł stosowana może równie jak i eterowa bezpieczną. Albowiem i eter według ostatnich spostrzeżeń angielskich niebezpieczeństwo wywołuje a istnieje już nawet szereg przypadków notoryjnéj śmierci z eteru.[1])

Stały ląd Europy stosuje przeważnie chloroform do narkozy. I u nas w oddziale prof. Dra Obalińskiego od samego początku tenże się stosuje. Atoli z biegiem czasu nabrawszy po części doświadczenia własnego, a po części uwzględniając wskazówki wypływające z doświadczeń innych, zaczęto u nas indywidualizować środki do nakozy użyć się mające.

I tak stosuje się u nas przeważnie chloroform czysty, często jednak zastępuje się go częściowo eterem, lub przychodzi mu się w pomoc narkozą lokalną kokainową lub morfinową.

Chloroform ($CHCl_3$) inaczéj trójchlorometan lub trójchlorek formylu, przedstawia jak wiadomo ciecz bezbarwną, czystą, woni słodkawéj, smaku piekącego, wrącą przy 61° C., o c. g. przy 20° C. = 1,4939. Ze względu na sposób otrzymania go jest trojaki: 1) zwykły czyli niemiecki, 2) z wodnika chloralu otrzymywany i 3) angielski.

U nas używa się w miejsce trzy razy droższego angielskiego chloroformu niemieckiego, otrzymywanego przez zmięszanie 100 części podchlorynu wapniu z 300 częściami letniéj wody i 10 częściami wyskoku i następową destylacyję. Chloroform nasz podobnie eter, morfina i kokaina sprowadza się od firmy Pezoldta i Süssa z Wiednia. Jest on wolnym zupełnie od zanieczyszczeń, jak o tem pobieżna próba Heppa przekonywa; skrawek bibuły szwedzkiéj bowiem zanurzony w chloroformie, po jego wyparowaniu pozostaje bezwonnym.

Wolnym jest od alkoholu, jak tego próba Mialhego dowodzi[1]), wolnym od eteru, bo z rozczynem Lugola daje tylko jasno ametystowe zabarwienie (Berchon) wolnym od metylowych związków, bo nie czernieje za dolaniem kwasu siarkowego zgęszczonego (Sansom). Od kwasu solnego również jest wolnym, bo nie czerwieni papierków lakmusowych niebieskich i z azotanem srebra nie daje zmleczenia.

Każdą narkozę poprzedzamy zbadaniem stanu serca i płuc chorego. Nie znalazłszy zmian ani wypukiem, ani przysłuchem wykryć się dających w tychże lub znalazłszy nawet wadę ale należycie skompensowaną, rozpoczyna się narkozę, uwzględniając następujące okoliczności:

Chory spoczywa na stole w grzbietnem położeniu, w ten bowiem jedynie sposób może on swobodnie oddychać, na co już Kocher[2]) i druga komisyja Hyderabadu[3]) zwróciła uwagę. Jeżeli zaś sam rękoczyn wymaga ułożenia innego, narkotyzujący baczną zwraca uwagę na zachowanie się oddechu; jeśli tenże słabnie, układa się chorego w prawidłowe położenie t. j. na grzbiet. Przed rozpoczęciem narkozy obnaża się chorego z wszelkich ubrań mogących tamować swobodę oddechu, przykrywa się go natomiast prześcieradłem i kompresami. W okresie pobudzenia poskramia się ruchy chorego przytrzymywaniem go za ręce i nogi, nigdy zaś przez przytłoczenie brzucha lub klatki piersiowéj.

Przekonawszy się dokładnie o stanie chorego, przystępujemy do właściwéj narkozy: W książce oddzielnéj notujemy imię, nazwisko i wiek chorego, nadto czas dokładny rozpoczęcia narkozy. Po skończonéj narkozie wpisujemy ilość chloroformu, względnie użytego środka znieczulającego i czas, a to według formuły ułamkowéj prof. Dra Obalińskiego, $\frac{x + x'}{y + y'}$, gdzie x oznacza ilość chloroformu spotrzebowaną aż do wywołania snu i znieczulenia, y w mianowniku czas, który od początku aż do nastania narkozy upłynął, x′ ilość chloroformu zużytą aż do końca operacyi, y′ czas trwania operacyi, w ciągu którego ilość x′ chloroformu zużyto. Obok téj formuły notujemy zachowanie się chorego w ciągu całéj narkozy, jakość pobudzenia, jakość znieczulenia, zachowanie się tętna, czy zachowywał się spokojnie, czy wymiotował i ile razy, czy wystąpiła zamartwica, synkope i t. d. wzorami:

Ex = pobudzenie wielkie,
ex = „ małe,
Asf = zamartwica wielka,
asf = „ mała,
w = wymioty w czasie narkozy,
w.po = wymioty po narkozie,
rw = ruchy wymiotowe,
nsp = niespokój.

Zwykle używamy do narkozy maski Esmarcha, w ostatnich czasach ulepszonéj o tyle, iż z łatwością da się złożyć na płask, nadto i przyrządu skombinowanego podanego przez Dra Wiskemanna z Mühlhausen w Alzacyi w r. b.[4])

---

[1]) *Deutsche Chirurgie.* 1880. Lief. 20. — Dr. O. Kappeler: *Anaesthetica.*

---

[1]) Chloroform wlany do wody destylowanéj bezbarwny a nie zmleczony na dnie naczynia osiada. — [2]) *Ueber kombinirte Chloroform-Aethernarkoze. Korespbl. für. schw. Aerzte.* 1890, Nr. 18. — [3]) *The Lancet.* — [4]) *Ein neuer Betäubungsapparat von Dr. Max Wiskemann. Berl. klin. Wochshr.* 1891, Nr. 3.

Przy użyciu maski zwykłéj wlewamy z flaszki ze szkła ciemnego chloroform do odmierzonych flaszeczek, zkąd potem przy zamkniętéj szklannéj zatyczce przez otwór w tejże maskę chloroformem się polewa.

Wiedząc jednak, jak niebezpiecznym jest chloroform bez pewnych zasad stosowany, doszliśmy empiryją do wniosku tego samego, jaki Bert[1]) badaniami swemi na zwierzętach dokonywanemi osiągnął, a mianowicie: polewamy maskę z początku narkozy obfitszą ilością chloroformu i zbliżamy takową szczelnie do ust, wbrew zasadzie podanéj przez wyżéj wzmiankowaną drugą komisyję Hyderabadu[2]), a to ze względu, iż chory w ten sposób prędzéj przywyka do przykrego uczucia jakby duszenia się przy pierwszych wdechach. Z chwilą gdy znieczulenie już nastąpiło, o czem przekonywamy się ze zwężenia źrenicy, braku odruchu rogówkowego i zwolnienia napięcia mięśni, czyli z chwilą nastania tak zwanéj przez Berta *„zone maniable“*, dolewamy chloroform tylko kroplami, aby chorego w jednakim stanie znieczulenia utrzymać.

W ten sposób stosowany chloroform przy zwykłéj masce nie naraża chorego na tak częste niebezpieczeństwa, a zbytecznemi czyni metody narkozy, jak: za pomocą wziewania par chloroformu wlanego na kompres lub chustkę[3]) koło ust chorego trzymanych. W powyższym sposobie narkozy kładzie się główny nacisk, jak to już Kappeler[4]) przyznaje, nie na ilość wylanego chloroformu, lecz na stopień zgęszczenia chloroformowych par w powietrzu wdechanem.

O sposobie użycia przyrządu Wiskemanna oraz o jego zaletach i wadach wspomnę w końcu mych spostrzeżeń.

Od dnia 1 lipca 1870 r. aż do 1 kwietnia 1891 roku narkotyzowano 4057 razy. Celem uwidocznienia wolnego wzrostu ilości narkoz w latach po sobie następujących, przytoczę cyfry z lat pojedynczych.

W roku	1870	było narkoz	7
„	1871	„	13
„	1872	„	30
„	1873	„	33
„	1874	„	37
„	1875	„	44
„	1876	„	24
„	1877	„	36
„	1878	„	32
„	1879	„	75
„	1880	„	122
„	1881	„	99
„	1882	„	82
„	1883	„	187
„	1884	„	240
„	1885	„	284
„	1886	„	335
„	1887	„	332
„	1888	„	471
„	1889	„	639
„	1890	„	729
„	1891 do 1/IV		206

Razem 4057 narkoz.

[1]) *Compt. rend.* 1881—1885. — [2]) *The Lancet.* — [3]) Gosselin: *Bulletin de l'Acad. de méd.* 1882. — M. Baudouin (Paryż). *Ein neues Verfahren der Chloroformnarkose mittelst schwacher kontinuirlicher Dosen. Centralblatt für Gynaekologie.* 1891. 14. Maerz. — [4]) Dr. O Ruppeler. *Ueber die Methoden der Chloroformirung. Langenbecks-Archiv. für Klin. Chir.* B. 40. H. 4. pag. 852 s.

Do tych 4057 narkoz odnoszą się dokładnie zapiski według formuły powyżej podanej do 1793 przypadków tj. od połowy roku 1888 aż po dzień 1 kwietnia 1891 roku. Z ogólnéj téj ilości 1793 narkoz przypada na narkozę czystą chloroformową 1684 przypadków. Z tych za pomocą przyrządu Wiskemanna 105 przyp., chloroformowych mięszanych a mianowicie z eterem 45 przyp., z kokainą 43 przyp. z eterem i kokainą 20 przyp., z morfinem nie zapisano dokładnie ilości oprócz jednej w ostatnim roku. Na 1793 narkoz zużytkowano 18 kg. 642 gr. chlorof. celem wywołania znieczulenia; ogółem zaś spotrzebowano 48 kg. 730 gr. chloroformu w czasie 1256 godzin.

Przeciętnie potrzeba było do wywołania narkozy 10·6 gr. chloroformu w czasie 9·1 minuty; zaś celem utrzymania chorego aż do końca zabiegu w znieczuleniu zużyto średnio 17·6 gr. chlorof. w średnim czasie 34·3 minut. Zatem ilość zużytego chloroformu w ciągu jednéj minuty = 0·6 gr.

Największą ilość chloroformu aż do wywołania narkozy przedstawia $80_{,0}$, jaką spotrzebowano w przypadku z rozpoznaniem: *carcinoma laryngis*, w którym krtań całkowicie wyłuszczono. Narkozy dokonano lejkiem Trendelelenburga zapomocą rury połączonym z kaniulą tamponującą tchawicę. W przypadkach zabiegów w krtani podejmowanych zwykle wielkie ilości chloroformu się zużywają, jak o tem już i prof. Pieniążek miał sposobność się przekonać[1]). Tego samego przypadku dotyczy także maximum co do czasu, w którym zupełna narkoza nastała, wynoszące 45 minut i największa ilość chloroformu aż do końca zabiegu $110_{,0}$ gr. chloroformu. Najdłużej zaś trwał ze wszystkich 1793 przypadków, zabieg z powodu mięsaka migdałka u mężczyzny podjęty, gdzie wykonano *„pharyngotomiam later.“* — tu czas trwania zabiegu wyniósł 232 minut.

Minimalne ilości odnośnie do formuły $\frac{x + x_1}{y + y_1}$ otrzymano: $x = 1_{,0}$ u kobiety z rozpoznaniem: *carcinoma recidivum thoracis*, i u 3 miesięcznego dziecka z rozpoznaniem: *naevus faciei pilosus*, gdzie $x = 1_{,0}$. Co do x^1 to w przypadkach zapalenia ropnego sutka *(mastitis)* i ropniach większych wymagających wyłyżeczkowania $x^1 = 1_{,0}$ $y = 3$ min. u chłopca z *phimosis congenita* i 2 min. u dziecka powyżej wzmiankowanego z *naevus faciei*. Y^1 w wypadkach ropni = 1 min.

Ilość zużytego chloroformu aż do wywołania narkozy pełnéj zależała:

1) od tego, czy chory nadużywał napojów wyskokowych; ci bowiem jak ogólnie wiadomo trudniéj znieczuleniu ulegają i większych ilości chloroformu wymagają. Nadto okazało się z kilku niestety tylko przypadków, w krótkim odstępie czasu kilkakrotnie usypianych, iż i tu dawka chloroformu do wywołania znieczulenia za każdym następnym razem musiała być zwiększaną, i tak:

J. Z. mężczyzna operowany z powodu *hernia inguin.* metodą Mac-Evena zużył $\frac{17 + 29}{15 + 38}$ w dwa tygodnie potem

[1]) W jednym przypadku zużył prof. Pieniążek około 250,0 gr. chloroformu do wywołania narkozy. Tutaj wykonał prof. P. laryngofisurę z powodu zwężenia głośni. Ilość tę wielką chlor. tłómaczy P. wdechaniem czystego powietrza przez częściowo zwężoną głośnię, gdy maska na kaniuli spoczywała.

po drugiéj stronie operowany zużywa $\frac{20 + 45}{13 + 26}$.

E. M. kobieta z powodu różnych zmian gruźliczych operowana w odstępach dwu i trzytygodniowych i przedstawia wzory: za pierwszym razem $\frac{8 + 4}{7 + 9}$ za drugim $\frac{10 + 20}{15 + 45}$ za trzecim $\frac{15 + 3}{5 + 7}$. (C. d. n.)

III. Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci.

Podał

Dr. Władysław Biegański,

lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

(Dok. Patrz Nr. 30).

A teraz pokażemy wyniki naszych badań w następujących tablicach.

(Patrz tablicę a) na str. 399.)

Porównajmy teraz przeciętne liczby tych tablic z przeciętnemi liczbami otrzymanemi przy badaniu tych samych chorych przed leczeniem, a skutek leczenia okaże się w następujących liczbach.

Okazuje się więc, że pod wpływem leczenia przymiotu wcieraniami 1) liczba czerwonych krążków nieznacznie wzrasta, zaledwie o 6% ogólnéj liczby, 2) ilość białych ciałek znacznie zmiejsza się blisko o 30% ogólnéj liczby, 3) wśród białych zmniejsza się głównie procentowa zawartość jednojądrowych lymfocytów a powiększa się zawartość wielojądrowycn komórek 4) nakoniec powiększa się ilość hemoglobiny, mianowicie o 10%.

To samo znajdujemy po leczeniu podskórnemi zastrzykiwaniami kalomelu, z wyjątkiem białych ciałek, których liczbę znaleźliśmy po skończoném leczeniu powiększoną o 10%. Dziwny ten wyjątek da się chyba wytłómaczyć małą ilością spostrzeżeń (6), na zasadzie których wnioskujemy. Stopień zabarwienia krwi pod wpływem zastrzykiwań przedstawia się zacznie wzmocnionym, mianowicie na 18% pierwiastkowéj liczby.

Po ukończonem leczeniu wewnętrznem znaleźliśmy: 1) liczbę czerwonych krążków zmniejszoną znacznie, 2) liczbę białych także zmniejszoną, 3) wśród białych zmniejszony procentowy stosunek lymfocytów a powiększony stosunek wielojądrowych ciałek; nakoniec i ilość hemoglobiny nieznacznie powiększoną o 2·5%.

	czerwone	białe	stosunek	białe: l. m.	l. d.	wielojądr.	hemoglob.
przed leczeniem wcieraniami	5,650 000	16.352	1 : 345	30 5%	9·5%	60%	76·2%
po leczeniu	5,950.000	10.470	1 : 568	27	6·6	66·4	86·2
	+ 300.000	— 5.882		— 3·5	— 3	+ 6·5%	+ 10%
przed leczeniem wstrzykiwan.	5,316.000	11.000	1 : 483	38·6%	8·4%	53%	74%
po leczeniu	5,625.000	12.333	1 : 456	31·6	6·8	61·6	91%
	+ 309.000	+ 1.333		— 7%	— 1·6%	+ 8·6%	+ 17%
przed leczeniem wewnętrznem	5,554.000	7.500	1 : 317	45%	7%	48%	70%
po leczeniu	4,655.000	11.500	1 : 404	40·5%	6·5%	53%	72·5%
	— 899.000	— 6.000		— 4.5%	— 0 5%	+ 5%	+ 2·5%

Z powyższego wnioskować możemy, że rtęć sprowadza albo nieznaczne powiększenie ilości czerwonych krążków, albo zmniejszenie, niekiedy dość znaczne. Powiększenie otrzymujemy przy długotrwałem podawaniu wewnętrznem, jeżeli trawienie wskutek tego rostraja się i odżywienie upada. Bliżej tę kwestyję rozpatrzymy jeszcze następnie. Ilość białych ciałek krwi po wpływem leczenia rtęcią w większości przypadków zmniejsza się i zbliża się do ilości prawidłowéj. Procentowy stosunek rozmaitych białych ciałek zbliża się również do stosunku prawidłowego. Nakoniec ilość hemoglobiny powiększa się nieproporcyjonalnie do zwiększenia ilości czerwonych krążków. Nawet w tych przypadkach, gdzie ilość czerwonych krążków zmniejsza się, stopień zabarwienia krwi widocznie na tem nie cierpi i ilość hemoglobiny nawet jest powiększoną. Jednem słowem rtęć w dawkach leczniczych wpływa na zachowanie się krwi zupełnie przeciwnie niż jad przymiotowy. Pod wpływem przymiotu powiększa się ilość białych ciałek i zwiększa się procentowy stosunek lymfocytów wśród białych ciałek i zmniejsza się procentowy stosunek lymfocytów. W przymiocie zmniejsza się znacznie ilość hemoglobiny, pod wpływem rtęci przeciwnie ilość hemoglobiny znacznie wzrasta.

III. Nakoniec musimy jeszcze rozpatrzyć jedno pytanie; mianowicie czy zmiany, jakie rtęć sprowadza we krwi chorych przymiotowych, występują powoli a stale, czy też z pewnemi mniéj więcéj prawidłowemi nasileniami. Musimy więc rozpatrzyć zachowanie się krwi w przebiegu samego leczenia rtęcią. Badania nasze ułożyliśmy, tym sposobem, że krew każdego chorego badano co 5 dni lub co tydzień z całą dokładnością. Żałuję mocno, że dla braku miejsca nie mogę tu przytoczyć szczegółowych tablic tych badań (w liczbie około 120). Widzielibyśmy z nich jakim licznym wahaniom, pozornie zupełnie nieprawidłowym, podlegają znajdowane liczby. Najwięcéj wahań przedstawia ilość czerwonych krążków. Ilość ta raz nagle spada na ½ milijona lub więcéj, to znów po jakimś czasie podnosi się do nadmiernéj wysokości, przenoszącéj o 1—1½ milijona ilość pierwiastkową i dochodzi czasem do patologicznéj wysokości (więcéj niż 7 milijonów). — Wglądając dokładnie w te cyfry, widzimy, że istnieje pewne prawo w tych wahaniach.

a) Wcierania. *a)*

Nr. porz.	Nr. spost.	Krążki czerwone	Białe ciałka	Stosunek białych do czerwon.	Białe ciałka jednojądr. małe	Białe ciałka jednojądr. duże	Białe ciałka wielojądrowe	Hemoglobina	Ilość wcierań Czas trwania leczenia
1	1	6,528 000	20.000	1 : 326					20 wcierań przez 52 dni.
2	2	6,194.000	12.000	1 : 516					52 wcierań i 2 zastrzykiwania przez 75 dni.
3	3	5,760 000	12.000	1 : 480					19 wcierań przez 38 dni.
4	4	6.124 000	12.000	1 : 510					28 „ „ 29 „
5	6	4,744.000	8.000	1 : 593	21	11	68	100%	24 „ „ 27 „
6	8	5,852 000	6.000	1 : 899	38	7	55	85%	27 „ „ 37 „
7	9	5,080.000	8 000	1 : 635	30	4	66	95%	24 „ „ 30 „
kobiety									
8	1	5,232.000	8 000	1 : 654					35 „ „ 50 „
9	2	5,596 000	12.000	1 : 499					30 „ „ 37 „
10	3	6,152.000	12 000	1 : 512					53 „ „ 62 „
11	4	6,308.000	12.000	1 : 517					23 „ „ 35 „
12	5	6,928.000	12.000	1 : 577					26 „ „ 44 „
13	10	6,348.000	12.000	1 : 529	20	10	70	95%	15 „ „ 36 „
14	12	5,956.000	4 000	1 : 1489	8	17	75	85%	32 „ „ 33 „
15	13	6,288.000	10.000	1 : 628	27	3	70	70%	30 „ „ 45 „
16	15	6.252.000	10.000	1 : 625	37	1	62	80%	32 „ „ 50 „
17	16	5.808.000	8.000	1 : 705	35	.	65	80%	22 „ „ 32 „
Przeciętnie		5.950.000	10.470	1 : 568	27	6.6	66.4	86.2%	

b) Zastrzykiwania.

Nr. porz.	Nr. spost.	Krążki czerwone	Białe ciałka	Stosunek białych do czerwon.	Białe ciałka jednojądr. małe	Białe ciałka jednojądr. duże	Białe ciałka wielojądrowe	Hemoglobina	Ilość zastrzykiwań Czas trwania leczenia
1	5	6,704.000	12.000	1 : 558	24	8	68	100%	4 zastrzyknięcia przez 24 dni.
2	6	4,164.000	8.000	1 : 520					4 „ „ 28 „
3	7	5,744 000	12,000	1 : 478	32	4	64	85%	6 „ „ 49 „
4	8	5,232.000	12.000	1 : 436	35	5	60	95%	4 „ „ 46 „
5	9	5,404.000	16.000	1 : 338	33	7	60	85%	7 „ „ 53 „
6	11	6,504.000	14 000	1 : 464	34	10	56	90%	5 „ „ 37 „
przeciętnie		5,625.000	12.333	1 : 456	31.6	6.8	61.6	91%	

c) Stosowanie wewnętrzne.

Nr. porz.	Nr. spost.	Krążki czerwone	Białe ciałka	Stosunek białych do czerwon.	Białe ciałka: jednojądr. małe	Białe ciałka: jednojądr. duże	Białe ciałka: wielojądrowe	Hemoglobina	Uwagi
1	7	5,740.000	6.000	1 : 973	33	6	61	100%	180 pig. (5·0 *protojod. hydr.*) przez 48 dni.
2	14	3,332.000	18.000	1 : 185	37	.	63	60%	180 pig. (5·0) przez 40 dni.
3	1	4,808.000	10.000	1 : 480	47	.	53	75%	1·0 kalomelu przez 40 dni.
4	2	4,740.000	12.000	1 : 395	45	20	35	55%	0·7 kalomelu przez 30 dni.
przeciętnie		4,655.000	11.500	1 : 404	40.5	6.5	53	72·5	

W większości przypadków po zastosowaniu wcierań przez pierwsze 4—5 dni ilość czerwonych krążków pozostaje jednakową, następnie nieco się powiększa, aż do czasu wystąpienia ślinotoku. Wtedy nagle ilość czerwonych krążków spada na 1 mil. lub więcéj od poprzednio znajdowanéj liczby. W czasie przerwy w leczeniu ilość czerwonych krążków powoli się podnosi i po tygodniu lub 10 dniach dochodzi znowu do maksimum. Jeżeli teraz zastosujemy na nowo wcierania, liczba krążków jakiś czas pozostaje na téj saméj wysokości, dopiero kiedy powtórnie zaczynają dziąsła obziewać, niekiedy nieco wcześniéj występuje powtórny spadek, Spadek ten jednak nie bywa tak znacznym jak pierwszy, i znowu podczas przerwy w leczeniu wyrównywa się. Takie właśnie wahania spotykamy najczęściéj.

W kilku jednak przypadkach widziałem zupełnie odwrotne wahania, mianowicie maksimum przypadało na czas ślinotoku, minimum na czas przerwy w leczeniu. W przypadkach, gdzie wcierania nie wywoływały ślinotoku, gdzie można było stosować 30—40 wcierań bez przerwy, początkowo przez pierwsze 10 dni liczba czerwonych krążków niewiele wzrastała, następnie powoli zmniejszała się. Wahania jednak tu były wcale nieznaczne.

Takie same wahania, zależne od nasycenia ustroju rtęcią, spotykamy i przy podskórnem stosowaniu przetworów nierozpuszczalnych i tu podczas ślinotoku ilość krążków zmniejsza się znacznie, w miarę zaś zmniejszania się ślinotoku i wydzielania rtęci z ustroju liczba czerwonych krążków wzrasta. Przy stosowaniu wewnętrznem rtęci w jednym przypadku, gdzie ślinotoku wcale nie było, gdzie trawienie było wyborne, wahania wyraźne ($1 \frac{1}{2}$ milijona różnicy pomiędzy najniższą i największą liczbą) zdarzyły się dopiero pod koniec leczenia. W trzech zaś przypadkach od samego początku ilość czerwonych ciałek zaczynała spadać i ani razu przez cały czas leczenia nie podniosła się do wysokości poprzedniéj. We wszystkich tych przypadkach trawienie było mocno upośledzone. (Częsta biegunka, brak łaknienia).

Czemże więc objaśnić sobie możemy te tak częste wahania w ilości czerwonych krążków w przebiegu leczenia rtęcią? Mówiliśmy już poprzednio, że ilość czerwonych krążków w jednostce krwi, znajdowana przez obliczenie, jest ilością względną, że nie mamy prawa na zasadzie téj względnéj ilości czynić wniosków o ogólnéj zawartości organizowanych pierwiastków we krwi. Ilość ta, jak zresztą dane fizyjologiczne i patologiczne przekonywają, więcéj zależy od względnego zgęszczenia krwi, od zawartości we krwi wody, aniżeli od powiększenia lub zmniejszenia ogólnéj ilości czerwonych krążków w ustroju. Tym tylko sposobem t. j. względnem zgęszczeniem lub rozrzedzeniem krwi możemy wytłomaczyć owe liczne a tak znaczne wahania w ilości czerwonych krążków pod wpływem leczenia rtęcią. Rtęć, jak wiadomo z licznych doświadczeń i klinicznych badań, wywołuje nawet w niewielkich leczniczych dawkach wzmożenie wszystkich wydzielin. Otóż wskutek tego może nastąpić pewne zgęszczenie krwi, które wyraża się powiększeniem ilości czerwonych krążków. Takie jednak wzmożenie wydzielin nie jest stałem, od czasu do czasu następuje zmniejszenie tychże. Takie zmniejszanie wydzielin poprzedza zwykle okres powiększenia, jak to dowiodłem już w badaniach co do moczopędnego działania rtęci.[1]) W obec zmniejszenia ilości wydzielanego moczu następuje czasowe zatrzymanie wody we krwi, czyli innemi słowy czasowa wodnistość krwi ze zmniejszeniem ilości czerwonych krążków.

Nie przeczę, że pod wpływem rtęci może też nastąpić rzeczywiste, a nie względne zubożenie krwi. Zdarzyć się to może tylko przy dużych dawkach i przy długotrwałem stosowaniu przetworów rtęciowych. Wtedy ubytek czerwonych krążków jest jednako stałym, bez wyraźnych i znacznych wahań a i same czerwone krążki są wyraźne zmienione. — W przypadkach w którym przy wewnętrznem stosowaniu rtęci widziałem rzeczywiste zubożenie krwi (stały i ciągły spadek ilości czerwonych krążków w 3 przypadkach), znajdywałem wyraźne takie zmiany i w zachowaniu się samych krążków. Spotykałem wtedy pod mikroskopem znaczną ilość krążków rozpadających się, daléj bardzo dużo krążków albo olbrzymich (megalocytów) albo karłowatych, małych (mikrocytów). I sądzę, że rzeczywiste zubożenie krwi wśród leczenia rtęcią prędzéj można odkryć na zasadzie powyższych wyraźnych zmian w zachowaniu się i postaci krążków, aniżeli zapomocą obliczania ilości tychże.

Kończąc obecnie niniejszą pracę, jeszcze raz podaję w krótkości otrzymane wyniki:

1) Pod wpływem jadu przymiotowego ilość czerwonych krążków krwi przez długi bardzo czas nie zmienia się wcale i pozostaje prawidłową.

[1]) Moczopędne działanie przetworów rtęci. „Gazeta Lekarska“ 1887 r.

2) Ilość białych ciałek pod wpływem jadu przymiotowego znacznie się powiększa.

3) Wśród białych powiększa się przeważnie ilość małych ciałek jednojądrowych (t. zw. lymfocytów), a zmniejsza się odpowiednia ilość wielojądrowych ciałek.

4) Pod wpływem przymiotu zabarwienie krwi (ilość hemoglobiny) znakomicie zmniejsza się.

5) Pod wpływem rtęci ilość czerwonych krążków ulega licznym wahaniom, które zależą od większego lub mniejszego zgęszczenia krwi, a nie od stopnia odżywiania chorego.

6) Pod wpływem rtęci ilość białych ciałek zmniejsza się i stosunek białych ciałek do czerwonych zbliża się do prawidłowego.

7) Wśród białych ciałek zmniejsza się liczba małych jednojądrowych a powiększa się procentowy stosunek wielojądrowych komórek.

8) Ilość hemoglobiny pod wpływem rtęci powiększa się stale i znacznie.

9) Przy prawdziwéj niedokrewności występującéj przy nadmiernem stosowaniu rtęci, czerwone krążki ulegają zmianom głównie co do jakości (rozpad krążków, megalocyty, mikrocyty.

W końcu uważam za obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie koledze Edwardowi Kohnowi, który pomagał mi w téj tak żmudnéj pracy, jaką jest systematyczne badanie krwi.

IV. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Zanim przejdę do opisu wyników badania anatomicznego własnych przypadków, powiem w kilku słowach o sposobach badania. Części wycięte przechowywałem najczęściéj w płynie Müllera, następnie przenosząc je do wyskoku, niekiedy wprost przechowywałem w wyskoku, chcąc zaś zbadać szczegółowiéj budowę tkanek, zwłaszcza przekonać się, o ile odgrywa tu rolę pośredni podział komórek, przechowywałem również cząstki w płynie Flemminga. Jako odczynów na istotę skrobiowatą używałem przygotowanych według Bötchera roztczynu jodu w jodku potasowym, samego przez się, lub z następnem dodaniem kwasu siarkowego lub rozczynu fijoletu metylowego. Dla zabarwienia tkanek używałem rozczynów sinawca kampeszowego, przygotowanych według Freya i Delafielda, bądź samych przez się, bądź z następowem zabarwieniem karminem lub eozyną. Daléj używałem karminu Grenachera i rozczynu pikrynowanego karminu w dwuboranie sodowym. Wyroby przechowane w płynie Flemminga zabarwiałem karminem ałunowym lub safraniną. W celu wykonania cięć, zalewałem części uprzednio należycie w wyskoku stwardniałe w parafinie.

Opiszę teraz przypadki moje każdy z osobna.

Przyp. 1szy. Przy wycinaniu częściowem otrzymałem 15 cząstek, wielkości każda od 2—4 mm. kw., a przechodzących ze wszystkich prawie części spojówki, od brzegu oczodołowego chrząstek powiek do samego rąbka spojówki, nie wyłączając wreszcie fałdu półksiężycowego i mięska łzowego. Jakkolwiek chrząstki z rozmaitych pochodziły części, budowa ich wszakże była mniéj więcéj jednostajną. Najbardziéj znaczną grubość miały części, pochodzące z brzegu oczodołowego chrząstek, z fałdu przejściowego i z brzegu rogówki, gdyż tu mieliśmy zawsze zdwojenia spojówki. W okolicy brzegu chrząstki i fałdu przejściowego nabłonek był przeistoczony w wielowarstwowy płaski. Komórki warstwy głębokiéj kształt miały sześcienny. W ogóle wszystkie komórki były bardzo dobrze przechowane. Naczynia krwionośne, przeważnie drobne i włosowate, znajdowały się w wielkiéj obfitości. W niektórych małych tętnicach, przy zupełnie prawidłowym śródbłonku błona średnia była bardzo zgrubiałą, o 3—4 razy grubszą od prawidłowéj, o budowie współśrodkowéj, przyczem jądra bardzo były widoczne; dokoła otaczały te tętnice lśniące, jednolite jakby płaszczyki. Naczynia włosowate, grubsze tętnice i żyły były zupełnie prawidłowe. Całą istotę spojówki zajmował nadzwyczajny rozrost tkanki adenoidalnéj, którą przecinały w rozmaitych kierunkach dość cienkie zresztą pasemka włóknistéj tkanki łącznéj. Utwory, które jako ziarna sagowe wyglądały, tę samą miały budowę, tylko pętle siateczki adenoidalnéj o wiele były drobniejsze, pasemka zaś tkanki włóknistéj do istoty ziarn wcale nie wstępowały. Ku zewnątrz siatka łączyła się bezpośrednio z szerszemi znacznie pętlami siatki, która główną masę nowotworu stanowiła. W kierunku ku rąbkowi spojówki warstwa przybłonka stawała się grubszą, lecz komórki warstw jego ten sam miały kształt. Natomiast warstwa wybujałéj tkanki adenoidalnéj stawała się coraz cieńszą, naczyń włosowatych również mniéj znacznie było, przeciwnie dość grubą warstwę stanowiły drobne tętnice i żyły, z tych pierwsze tylko miały ściany zgrubiałe, mianowicie bardzo zgrubiałą błonę średnią, lecz płaszcze z istoty szklistéj dokoła naczyń bardzo rzadko napotykałem. Wszakże bardzo wybujała tkanka adenoidalna tu również stanowiła, nawet w samym fałdzie spojówki, który rogówkę przykrywał, główną część składową tkanki. Co się tyczy tkanki adenoidalnéj, ta wszędzie jednostajną miała budowę prócz miejsc, które jak ziarna sagowe wyglądały, a w obrębie których, jak już wyżéj powiedziałem, pętle nadzwyczaj były drobne. W wielu miejscach pod przybłonkiem, przeważnie na pewnéj odległości, która wynosiła mniéj więcéj 6—8 rzędów komórek, przegródki siateczki stawały się lśniącemi, grubszemi, wyglądały jakby spęczniałe; otrzymywaliśmy wizerunki najzupełniéj podobne do fig. 2, t. XI Dorpiusa, tylko komórek więcéj niż jedno jądro mających nigdy prawie nie napotykałem. Przegródki te od karminu zabarwiały się bardzo blado, często też posiadały jakby zęby lub wyrostki, które jakby wciskały się do pobliskich komórek. Podobne miejsca zwyrodniałe zajmowały zwykle przestrzeni nie więcéj nad 0·2—0·5 mm. kw. Prócz okolicy podprzybłonkowéj, znajdowałem je również w najgłębszych warstwach tkanki adenoidalnéj, lecz i tu były one rozrzucone pośród tkanki wcale nie zwyrodniałéj, przytykały zaś bezpośrednio do tkanki podspojówkowéj. Komórki w pętlach siateczki zawarte były zupełnie prawidłowe, drobnoziarnkowate, nigdy jednolite. Tkanka podspojówkowa pospolicie była prawidłową, w naczyniach zwłaszcza żadnych zgoła zmian nie dostrzegłem; natomiast również w postaci odosobnionych wysepek nieznacznych bardzo wymiarów, tkanka błony podspojówkowéj była zmienioną: włókna tkanki łącznéj były lśniące i o tyle spęczniałe, że na cięciach poprzecznych przypominały raczéj mięśnie poprzecznie prążkowane, na cięciach poprzecznych napotykałem zwykle poje-

dyncze tylko warstwy pęczków, przedzielone szeregami zabarwionych jąder, dokoła których znajdowała się zwykle nadto pewna ilość drobnoziarnkowatéj zarodzi, niekiedy jednak, zwłaszcza w wysepkach większych wymiarów widziałem grube warstwy takich włókien, pomiędzy zaś niemi, w miejscu komórek znajdowały się tylko szpary włosowate. Od roczczynu Lugola zwyrodniałe przegródki siateczki adenoidalnéj i pęczki tkanki łącznéj zabarwiały się jasno-żółto, dodanie zaś kwasu siarkowego barwy téj nie zmieniało, fijolet metylowy zabarwiał je tylko błękitno, eozyna zabarwiała bardzo wyraźnie, kwasy i alkalija wcale nie działały. Istoty więc skrobiowatéj części te wcale nie zawierały. Przytoczone zmiany przegródek siateczki i pęczków włókien tkanki łącznéj napotykałem w postaci odosobnionych wysepek, począwszy od miejsca przejścia spojówki chrząstki do fałdu przejściowego, na całéj przestrzeni spojówki fałdu i gałki do okolicy oddalonéj od rąbka spojówki o 2—3 mm., w tym ostatnim, jako też w fałdzie spojówkowym, który rogówkę przykrywał, zmian tych wcale już nie było, naczynia równie były w tym pasie prawidłowe. Całkowicie prawie wycięte mięsko łzowe i fałd półksiężycowy były bardzo zgrubiałe, nabłonek miały wszędzie płaski, wielowarstwowy. Główną masę ich stanowiła przeważnie wybujała tkanka adenoidalna. W warstwie podprzybłonkowéj znalazłem w kilku miejscach wysepki zwyrodniałe, które się od wyżéj opisanych niczem nie różniły, w warstwie zaś głębokiéj również wysepki lśniących i bardzo spęczniałych włókien tkanki łącznéj.

Tak więc w danym przypadku mieliśmy: bujanie tkanki adenoidalnéj, która następnie uległa w niektórych miejscach zwyrodnieniu szklistemu; zwyrodnieniu temu uległy również w niektórych miejscach pęczki włóknistéj tkanki łącznéj. Zmiany w naczyniach krwionośnych znacznie mniejsze były: grubsze tętnice, żyły i naczynia włosowate żadnym zmianom nie uległy; zmiany znajdowałem tylko w małych tętnicach, lecz i tu polegały one przeważnie li tylko na bardzo znacznem zgrubieniu błony średniéj, któréj jądra zresztą wyglądały zupełnie prawidłowo. Płaszcz z istoty jednolitéj dokoła tętnic znacznie rzadziéj napotykałem.

W każdym razie przeistoczeniu ulegała tylko istota międzykomórkowa, nigdy same komórki, gdyż te nigdy nie wyglądały jako jednolite masy, lecz zawsze posiadały bardzo wyraźne jądra i zaródź, ta zaś nigdy nie była jednolitą, lecz zawsze drobnoziarnkowatą. Komórek olbrzymich w przypadku tym nie było.

Sądzę, że słusznie przyznać w nim możemy okres początkowy zwyrodnienia szklistego.

Przyp. 2-gi. Kawał wycięty miał 20 mm. długości, 5 mm. szerokości i tyleż grubości. Na cięciach miał kształt nieprawidłowego czworoboku, z którym za pomocą wązkiego mostka łączył się bardzo mały nieprawidłowy owal. Czworobok stanowił właściwy fałd przejściowy, owal, wyciętą część spojówki gałki. Wewnętrzną powierzchnię części wyciętéj pokrywał całkowity przybłonek, z 4—6 warstw złożony. Wszystkie komórki jego kształt miały płaski. Pod przybłonkiem znajdowała się tkanka adenoidalna, któréj warstwa była 8 razy grubszą od prawidłowéj. Daléj ku wewnątrz znajdowała się grubsza warstwa włóknistéj tkanki łącznéj, jeszcze głębiéj błona podspojówkowa, w postaci luźnéj tkanki łącznéj. W tkance podspojówkowéj znajdowały się przeważnie grubsze naczynia krwionośne, tętnice i żyły. Pierwsze były bardzo zgrubiałe, szczególniéj była zgrubiałą średnia warstwa mięśniowa, natomiast w żyłach zgrubiałą była przeważnie warstwa zewnętrzna. Daléj ku zewnątrz, w warstwach, które już właściwéj spojówce odpowiadały, mianowicie w warstwie włóknistéj tkanki łącznéj i w warstwie adenoidalnéj, znajdowały się już tylko drobniejsze gałęzie naczyniowe, które udawały się w kierunku pionowym względem powierzchni spojówki ku warstwie podprzybłonkowéj. Otóż w drobnych naczyniach zmiany były podwójne. Rzadziéj widziałem naczynia o wązkiem świetle a ścianie bardzo zgrubiałéj, która zawierała nader liczne jądra. Częściéj natomiast ściany drobnych naczyń, zwłaszcza włosowatych, otaczały pasemka, których grubość więcéj niż w dwójnasób znaczniejszą była od średnicy światła, były one zupełnie jednolite, silnie załamywały światło i szczególniéj lśniące. Często bardzo od naczyń tych widocznie brały początek gałęzie, w których jednakże światła wcale już nie było, lśniąca pochewka otaczała tylko dokoła cienkie pasemka pozostałe jako resztka poprzedniego światła; w pasemku tem jednakże widocznie odróżnić się dawały poprzednie jądra śródbłonka. W warstwie podprzybłonkowéj naczynia te same zachowywały cechy, wszakże mniéj więcéj o 1 mm. pod przybłonkiem, gdzie się już rozpoczynała siateczka włosowata podprzybłonkowa, zgrubiałość otaczających naczynia pasemek o wiele znaczniejszą była, nadto zgrubiałość miała to do siebie, że ulegały jéj niejednostajnie różne części obwodu naczynia. Często się też zdarzało, że gdy z obu stron pochewka naczyniowa lśniąca bardzo nieznaczną była, w niektórych miejscach posiadała natomiast jakby przydatki znacznych wymiarów, które przy badaniu powierzchownem, zwłaszcza przy słabem powiększeniu, jako osobne bryłki wyglądały. Zgrubiałości te w niektórych razach dochodziły prawie do saméj warstwy przybłonkowéj.

Co się tyczy zmian w istocie saméj tkanki spostrzeganych, w błonie podspojówkowéj niektóre pęczki włókien tkanki łącznéj były bardzo zgrubiałe, jakby spęczniałe, tak dalece, że na cięciach poprzecznych przypominały raczéj poprzecznie prążkowane mięśnie, lub też pośród prawidłowéj tkanki znajdowały się lśniące, jakby zupełnie odosobnione bryłki, do których obwodu często przytykały zupełnie dobrze przechowane dość spore jądra; wszakże badając liczne wyroby, łatwo przekonać się mogłem, że bryły owe stanowiły tylko ciąg dalszy pęczków tkanki łącznéj, które ulegały zwyrodnieniu nie na całéj przestrzeni, lecz w pewnych tylko miejscach, jakby przerwami, przekonać się o tem najłatwiéj było na podłużnych cięciach pęczków. Daléj ku powierzchni, w warstwie włóknistéj tkanki łącznéj, na cięciach poprzecznych, obok prawidłowych pęczków włókien tkanki łącznéj, które otaczały jądra licznych płaskich komórek, w wielu zaś miejscach znajdowały się prawidłowe lub otoczone lśniącemi płaszczykami naczynia, spostrzegałem jednocześnie pęczki znacznie grubsze, bardzo lśniące, bardzo drobno ziarnkowate; znajdowały się one przeważnie w pobliżu zwyrodniałych naczyń włosowatych. We właściwéj tkance adenoidalnéj, prócz bryłek w warstwie podprzybłonkowéj spostrzeganych, badanie zwykłych cięć nie zdradzało żadnych zmian. Natomiast na wypłukanych w wodzie wyrobach, prócz brył nieprawidłowego kształtu, które najzupełniéj odpowiadały częściom wyżéj opisanych zwyrodniałych ścian naczyń, otrzymywałem nadto cząstki siateczki adenoidalnéj, tem się wyróżniające, że przegródki ich znacznie były zgrubiałe, grubość ta mianowicie często przewyższała nawet średnicę przyległéj ko-

mórki limfoidalnéj, jednocześnie przegródki te cechował niezwykły połysk.

Tkanka usunięta za pomocą operacyi stanowiła wyłącznie prawie fałd przejściowy. Tylko na bardzo nieznacznéj przestrzeni znalazłem odosobnione zraziki gruczołów Krausego. Przybłonek ich był zupełnie prawidłowy, natomiast powłoka z tkanki łącznéj zraziki otaczająca była bardzo zgrubiałą, grubość ta stanowiła przeszło trzecią część wysokości czapkowatych komórek przybłonkowych gruczołów, co do własności zaś optycznych niczem się nie różniła od zwyrodniałych pęczków tkanki łącznéj, przegródek siateczki adenoidalnéj i otaczających naczynia płaszczyków. Co się tyczy komórek zarówno przybłonka, jako też tkanki adenoidalnéj, te zawsze były prawidłowe, zaródź nigdy nie pęczniała, nigdy nie stawała się jednolitą. Jeśli napotykałem zmiany w komórkach, były one najzupełniéj bierne, zanikowe, wskutek ciśnienia przez zwyrodniałe części tkanki wywieranego powstałe.

Opis powyższy dokonany został z wyrobów, zabarwionych podwójnie siniawcem i karminem, siniawcem i eozyną, i pikrokarminem. Otóż płaszczyki dokoła naczyń krwionośnych, otaczające zraziki gruczołów Krausego, tkanka łączna, zwyrodniałe pęczki włókien tkanki łącznéj i również zwyrodniałe przegródki siateczki adenoidalnéj, słowem wszystkie utwory, które silnie światło załamywały i szczególny miały połysk, od siniawca wcale się nie zabarwiały, od karminu bardzo słabo, od eozyny silnie, natomiast przy użyciu roztworu Lugola wyroby całkowicie zabarwiały się żółto lub żółto brunatno, barwa ta zaś przy dodaniu kwasu siarkowego żadnym już zgoła zmianom nie ulegała; przy użyciu fijoletu metylowego wyrób cały zabarwiał się niebiesko. Wypada więc przyznać w danym przypadku zwyrodnienie bynajmniéj nie skrobiowate, lecz tylko szkliste.

Jak już wyżéj powiedziałem, nastąpiła w tym przypadku recydywa. Badanie powtórnie wyciętéj części wykazało: przybłonek, który fałd powstały pokrywał, składał się z 3—4 warstw komórek, głębokie komórki kształt miały sześcienny, powierzchowne płaski. Obok podstawy fałdu wstępowały doń grube naczynia o bardzo cienkich ścianach a szerokiem świetle, otoczone luźną tkanką łączną. Drobne gałęzie z tych naczyń powstałe udawały się w kierunku pionowym względem powierzchni fałdu ku warstwie podprzybłonkowéj, gdzie tworzyły gęstą siatkę włosowatą. Siatka ta była położoną pośród grubéj warstwy adenoidalnéj, o dość szerokich pętlach. Środkową część fałdu stanowiła włóknista tkanka łączna, pośród któréj jednak znajdowały się dość znaczne wysepki tkanki adenoidalnéj. W tkance łącznéj wcale nie znalazłem spęcznienia włókien, dokoła naczyń włosowatych brakowało płaszczyków, przegródki siateczki również zupełnie były prawidłowe. Nię potrzebowałbym chyba wspominać, że zarówno JH^2SO^4, jako też fijolet metylowy dały ujemne wyniki.

W recydywie zatem mieliśmy li tylko rozrost tkanki adenoidalnéj. W tkance téj nie znalazłem nawet początku jakiegokolwiekbądź zwyrodnienia. Zasługuje chyba na uwagę, że pośród pęczków tkanki łącznéj znalazłem w bardzo znacznéj ilości komórki, które od przyległych bardzo znacznie się różniły. Ciała ich były bardzo znacznych wymiarów, kształt miały rozmaity, od czworograniastego do zupełnie okrągłego, niekiedy miały krótkie wytostki; wypełniały je całkowicie grube ziarnka, po za któremi często z trudnością tylko spostrzedz można było niewielkie zresztą jądra. Ziarnka składały się z istoty białkowéj, barwika ani też tłuszczu nigdy w nich nie znajdowałem. Od safraniny komórki zabarwiały się nadzwyczaj silnie i były krzycząco pąsowe, wtedy gdy w pobliżu znajdujące się komórki limfoidalne ledwo bladoróżową przybierały barwę. Oczywiście byłyto komórki, które Waldeyer pierwszy opisał (*Handb. d. gesammt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch* I, str. 235) w skórze powiek, w spojówce, zwłaszcza wśród pęczków gładkiego mięśnia powiek Müllera. Wypowiada on zdanie, że komórki te przeistaczać się mogą w komórki barwikowe. Otóż badając u płodu rozwój tęczówki, spostrzegłem, że komórki, które późniéj jako barwikowe występują, to mają do siebie, że jądra ich już bardzo wcześnie nader silnie zabarwiają się od siniawca. Zabarwienie takie występowało bardzo wyraźnie również w wyż opisanych komórkach, która to okoliczność zdaje się przemawiać na korzyść pokrewieństwa komórek Waldeyera z barwikowemi.

W jaki sposób powstaje rozrost tkanki adenoidalnéj? które pierwociny czynną rolę odgrywają? na te pytania nie zdołam odpowiedzieć, jakkolwiek badałem tkankę na wyrobach w płynie Flemminga ustalonych. Dokoła naczyń, drobnych zwłaszcza, widziałem nacieczenie przez komórki limfoidalne, co się zaś tyczy komórek śródbłonkowych, jako też komórek limfoidalnych, w tych zawsze znajdowałem li tylko zaródź spokojną, nigdy figur, które zdradzać mogły pośredni podział jąder, nadto komórki więcéj niż dwa jądra mające bardzo rzadko napotykałem. Komórek olbrzymich nie znalazłem wcale ani w początkowym nowotworze, ani w recydywie.

Przyp. 3-ci. Badanie wyciętego lewego górnego fałdu przejściowego wykazało: długość wynosi 31 mm., szerokość i grubość ku obu końcom nieznacznie się tylko zmniejszają. Przechowałem część wyciętą w płynie Müllera, następnie przeniosłem do wyskoku. Tkanka bynajmniéj nie była sprężystą, ani też kruchą. Na cięciach poprzecznych fałd wycięty przedstawiał się w kształcie dwóch nieprawidłowych owalów, które łączyły się ze sobą za pomocą bardzo wąskiego mostka. Z tych jeden, ten mianowicie, który stanowił część fałdu do powieki zbliżoną, znacznie był większy, niż owal części do spojówki gałki przyległéj. Powierzchnię wewnętrzną obu owali pokrywała przeszło 1 mm. gruba warstwa luźnéj tkanki łącznéj, która wypełniała również kąt przez oba owale wytworzony. Tkanka ta stanowiła warstwę podspojówkową, wspomniane zaś owale zgrubiałą bardzo warstwę właściwéj spojówki. Ku zewnątrz część wyciętą pokrywał przybłonek z 4—5 warstw komórek złożony. Warstwę wewnętrzną stanowiły komórki sześcienne, wszystkie zaś inne miały kształt płaski. W komórkach tych stanowczo żadnych zmian nie dostrzegłem, nie napotykałem również komórek kielichowych. Właściwa spojówka całkowicie była przeistoczoną w bardzo grubą warstwę przeważnie tkanki adenoidalnéj, z siateczką o drobnych pętlach. Zresztą w niczem się ona nie różniła od zwykłéj tkanki adenoidalnéj. Prawidłowych naczyń krwionośnych znalazłem w niéj bardzo nie wiele; były one cienkie, lecz względnie o bardzo grubych ścianach. Naczynia krwionośne w błonie podspojówkowéj przeważnie dość znaczną miały grubość, gałęzie zaś od nich ku spojówce zmierzające kierunek miały zwykle prostopadły względem powierzchni tejże, pod samym przybłonkiem tworzyły sieć włosowatą, któréj pętle kierunek miały przeważnie równo-

legły z powierzchnią. Otóż w istocie w niektórych miejscach spojówka składa się ze zwykłéj tkanki adenoidalnéj. Częściéj natomiast napotykamy w niéj bardzo znaczne zmiany. Na wyrobach zabarwionych podwójnie karminem i siniawcem kampeszowym, przy słabem powiększeniu (Htn. $^4/_3$) spostrzegamy ku zewnątrz ciemną warstwę przybłonka, ku wewnątrz jasną warstwę luźnéj tkanki łącznéj, w środku grubą warstwę tkanki adenoidalnéj, wśród któréj w warstwie podprzybłonkowéj spostrzegamy zabarwione blado zielone bryłki nieprawidłowego kształtu, pod samym przybłonkiem miejsce tworzące prawie całkowitą w niewielu miejscach przerwaną warstwę, o 0·5 mm. grubości mającą; cokolwiek głębiéj — bryły o wiele większe miały wymiary, kształt zupełnie nieprawidłowy, jakby rozgałęzionych konarów, stanowiły również jakby warstwę, lecz ta bynajmniéj nie była całkowitą. Obie warstwy były bardziéj zbliżone ku powierzchni spojówki i zajmowały tylko zewnętrzną czwartą część grubości tejże. W pozostałéj części warstwy tkanki adenoidalnéj znalazłem blado-zielone pasemka, o brzegach nieprawidłowych, grubości kilku komórek limfoidnych, położone jedno od drugiego w odległości o kilka razy znaczniejszéj od grubości pasemek, a które przecinały warstwę tkanki w kierunku poprzecznym od podprzybłonkowych warstw bryłek do warstwy podspojówkowéj. Do ścian owych pasemek były przyczepione jakby krótkie gałązie. Wspomniałem już, że naczyń prawidłowych w całéj warstwie tkanki adenoidalnéj było bardzo nie wiele, a i te miały ciasne światło i względnie bardzo grube ściany, zwłaszcza zgrubiałą była błona średnia tętnic. Już samo położenie w tkance wspomnianych blado-zielonych brył i pasemek odpowiadało najzupełniéj naczyniom krwionośnym. Przy większych powiększeniach łatwo było w istocie przekonać się, że warstwy brył najzupełniéj odpowiadały: powierzchowna, pod samym przybłonkiem położona, siateczce cienkich naczyń włosowatych; głębiéj położona, z większych brył złożona, miejscu, gdzie drobne naczynia zaczynają się dzielić dwu i wielokrotnie, przechodząc w naczynia podwłosowate, ku powierzchownéj siateczce zdążające; w końcu pasemka poprzeczne, cienkim gałęziom, które dają im początek. Nadto w bryłach wyraźne były jakby jameczki (*vacuolae*), w których wszakże nie trudno było dowieść resztek świateł naczyń, niekiedy nawet względnie bardzo szerokich, a w których prócz śródbłonka przechowane były również wybornie kulki krwiste. W warstwie większych bryłek łatwo też spostrzedz było, że od istoty ich początek brały dość cienkie, lecz niekiedy bardzo nawet długie wyrostki, które następnie łączyły się z wyrostkami brył sąsiednich. W głębszych warstwach tkanki adenoidalnéj często zdarzało się widzieć, że pasemka poprzeczne bezpośrednio się łączyły z grubszemi a zupełnie prawidłowemi naczyniami. W warstwach podprzybłonkowych takiego bezpośredniego połączenia nie udało mi się spostrzedz. Warstwa podprzybłonkowa, jak powiedziałem już, składała się z bryłek znacznie mniejszych. Cięcia w kierunku równoległym z powierzchnią wykonane, wykazały budowę siatki przeważnie z walcowatych blado-zielonych utworów ułożonéj, w których dość często napotykałem wyraźne światła, niekiedy dość szerokie, a w nich resztki śródbłonka i kulki krwiste. Tu spostrzegałem również bardzo wybitne zmiany w saméj siatce adenoidalnéj, mianowicie przegródki siatki, zwykle prawie niewidoczne na wyrobach nie wymytych lub nie wyczyszczonych pędzelkiem, stawały się na znacznéj przestrzeni bardzo widocznemi, jednocześnie o wiele grubszemi, tak dalece, że grubość ta nawet poza obrębem węzłów siatki przewyższała wymiary komórek limfoidnych; inaczéj, siateczka przeistaczała się w układ jakby z drobnych bryłek złożony. Wysepki tkanki o podobnéj budowie znajdowały się, co prawda, niekiedy również w głębi warstwy adenoidalnéj, lecz w warstwie podprzybłonkowéj były one o wiele liczniejsze, nadto bardzo znaczne miały wymiary.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawozdanie z czynności lekarskich w szpitalu powszechnym imienia Gizeli w Sokalu za lata 1888 1889 i 1890.

Napisał

Dr. Józef Łuszczkiewicz,

sekundaryjusz tego szpitala.

(Dok. Patrz Nr. 30.)

Wiewiór według statystyki szpitalnéj z małem tylko nasileniem szerzy się wśród ludu; główny zastęp dotkniętych nim stanowi inteligencyja, wyższa służba, straż skarbowa itd. Przypadki śród ludu są rzadkie i pochodzą zazwyczaj z miejscowości posiadającej urzędy, koszary, posterunki, gorzelnie większe oraz z samego miasta. Jestto wynikiem źle a raczéj wcale nie uregulowanéj prostytucyi. O leczeniu kiły i rzeżączki nie wspominam, bo nie przedstawia ono odmiany od postępowania powszechnie w szpitalach przyjętego.

Z pasorzytów pierwsze miejsce zajmuje świerzb. Choroba ta szerzy się w powiecie w sposób nagminny. Długi czas dawał szpital przytułek tylko dobrowolnie zgłaszającym się lub odkrytym podczas poboru wojskowego. Od dwóch lat prowadzi lekarz powiatowy energiczną kampanię przeciw świerzbowi i w miarę wolnych miejsc dostawia nieraz pod eskortą partyje świérzbowatych, oczyszczając po kolei wsie chorobą nawiedzone. W r. 1888 miał szpital 55 chorych na świerzb, od r. 1889 cyfra roczna doszła 150 i obecnie wzrasta. Leczenie polega na stosowaniu *Solutio Vlemmingx*: środek ten działa pewniéj, niż stosowane poprzednio w szpitalu przetwory dziegciu. A niezdołały go też wyprzeć polecane później maście naftalinowa i kreolinowa. Styraks i balsam peruwiański jedynie u dzieci się stosuje. Do choroby głównej przyczepiają się liczne następstwa świerzbu w postaci wyprysków, zdrapań, ran i owrzodzeń a usuwa się je nieraz dopiero po kilku tygodniach usiłowań. Obok chorób wenerycznych i świerzbu ważne miejsce zajmuje jaglica. Szpital dostaje przypadki dość daleko posunięte, jedynie przymusem władzy przypędzone, to też po kilku miesiącach pobytu chory opuszcza zakład pozornie tylko wyleczony i szerzy dalej chorobę. Już długość leczenia nie pozwala wszystkich znanych chorych odsyłać do szpitala, ambulatoryjne zaś leczenie urywa się zazwyczaj prędko. Stosowano rozmaite nowości terapeutyczne przeciw jaglicy, ale żaden z nowych środków pojawiających się jak grzyby po deszczu nie dorównał sinemu kamieniowi. Sprawa leczenia jaglicy śród ludu jest zadaniem arcytrudnem. Dla organizacyi lekarzy gminnych otwiera się tu pole wdzięcznéj pracy.

Nie zapuszczając się w dział chorób ocznych i pomijając choroby skórne, przystępuję do krótkiego sprawozdania z leczenia chorób wewnętrznych. Z chorób gorączkowych nagminnych pierwsze miejsce zajmuje dur brzuszny (duru osutkowego nie widziałem w szpitalu ani razu). Rocznie leczono w przecięciu 80 przypadków, śmiertelność wynosiła 5·5%. Przyczyną śmierci było najczęściéj powikłanie z zapaleniem płuc. Leczenie typowych przypadków bardzo jest proste: chory dostaje 1 do 2 łyżek oleju rycynowego, co jest konieczne w obec tego, że włościanie w początkach duru pracują i jedzą na równi ze zdrowymi; w miarę podwyższania się ciepłoty zawija się chorego w mokre

prześcieradła tak, że przy 40° C. wyżej zawija się go co 4 godziny; wewnętrznie dostaje kwaśne mleko, rosół, kwasek a wieczorem grog. W razie majaczeń worek z lodem na głowę, przy bardzo brzydkich wypróżnieniach *magnesium salicylicum* 4·00 na 200·00 co dwie godziny łyżkę a przy nader wysokiej gorączce lewatywę z 3 do 4 gramów antypiryny. Leczenie to w przeważnéj liczbie przypadków wystarcza i wyniki są dobre, jak o tem świadczy wykaz procentowy. Dur należy do chorób zakorzenionych w powiecie. W dawniejszych czasach silne czynił spustoszenia, szczególnie w pewnych gminach trzymał się uporczywie. Jest jednak zasługą Dra Broniowskiego, że przy użyciu energicznych środków sanitarno-policyjnych nasilenie choroby wybitnie przycichło. Z innych chorób zakaźnych gorączkowych żadna liczebnie nie dorównała durowi. Szkarlatyna, dławiec, odra, czerwonka sporadycznie tylko pojawiają się w szpitalu, influenza w ciągu epidemii dostarczyła czterech przypadków, choć prawdopodobnie wiele zapaleń płuc wlokących się długo i wyczerpujących chorego jej także swe pochodzenie zawdzięczało. Zapaleń płuc włóknikowych leczono w trzech latach 198, śmiertelność 8·6%, leczenie ograniczano do podniecania siły serca winem i miksturą Stokesa a po przesileniu do podawania leków wykrztuśnych.

Najsmutniejszą kartę zajmuje gruźlica płuc. W ciągu trzech lat leczono z górą 100 osób w warunkach bardzo niepomyślnych, we wspólnych z innymi chorymi salach. Zważywszy, że byli to prawie bez wyjątku ludzie z najbiedniejszéj klasy, przyznać trzeba, że szpital mimo swych braków, dawał im przecież świetne warunki hygieniczne i dyetetyczne, w porównaniu, do chłodu i głodu cierpianego na wolności. Nieszczęśliwi ci ludzie przechodzili wszystkie złudzenia terapeutyczne, wstrzykiwania kreozotu do miąższu płuc, *tinct. eucalypti, creosot, guajacol*, wdychiwanie karbolu, a obecnie zastrzykiwanie kantarydyny, bez widocznego wpływu na stan choroby. — Środka Kocha nie stosowano, ponieważ trudności nabycia nie pozwoliły na to w początkach, a ogólne ostudzenie zapału nie zachęcało do prób w późniejszych czasach, kiedy drogi do osiągnięcia specyfiku szerzéj się otwarły. Brak mi wszelkich dat oznaczających stan powiatu pod względem gruźlicy płuc, sądzę jednak, iż jest ona wśród włościan dość częstą. Brak lasów, częste i silne wiatry gwałtowne zmiany ciepłoty, zarówno dziennéj jak i rocznéj: oto czynniki ułatwiające jej rozszerzanie się. Lud żywi się źle, w dodatku zaś nadmierne posty, bardzo ściśle przez ludność gr. kat. przestrzegane, (bo np. przez cały post czterdziestodniowy nie używają mięsa, ani nabiału, a jako jedynéj okrasy oleju roślinnego) muszą współdziałać ze złemi wpływami meteorycznemi. Chorzy, którzy w szpitalu we wczesnych okresach zmian płucnych zyskiwali na wadze i ze znacznem polepszeniem odjeżdżali do domu, po kilku tygodniach lub miesiącach powracali w stanie rozpaczliwym. Na tych przykładach przekonać się można, że jedyną zdrową podstawą leczenia gruźlicy jest wczesne jej rozpoznanie i zapewnie choremu o ile możności wzorowych warunków higienicznego życia, ideał nie dla każdego zasobnego człowieka, nie dopieroż dla szpitala dostępny. Szczęśliwe społeczeństwa, które mają dość siły ekonomicznéj, aby tworzyć przytułki wyłącznie dla dotkniętych gruźlicą urządzone, — u nas przepisy nawet do szpitali bronią im wstępu.

Niepodobna przechodzić wszystkich chorób wewnętrznych, jakie przesunęły się przez szpital. Ogółem licząc rozmaitość postaci chorobowych nie wielka. Rozliczne formy nieżytu oskrzelowego, który u starych osób łączy się z rozedmą płuc, z rozstrzenią oskrzeli i z osłabieniem mięśnia sercowego, a w końcu wśród obrzęków i przedwczesnego wyczerpania sił kończy się śmiercią, cały szereg cierpień gośćcowéj przyrody, począwszy od suchych bólów stawowych, a skończywszy na sztywności i zniekształtnieniach, daléj choroby nerek, w postaci *nephritis interstitialis*, w końcu przewlekłe nieżyty żołądka i kiszek, oto są nasze najczętsze typy kliniczne. Co dziwne, że pomimo rozpowszechnionego nadużycia wyskoku do rzadkości należą przypadki marskości wątroby. Jeden dowód więcéj na korzyść spostrzeżenia, iż nie wyskok sam, lecz eteryczne przymieszki likierów i destylatów działają etyjologicznie, bo lud tutejszy pije prostą okowitę. Nie napotyka się też często tak pospolitych w innych stronach chronicznych obrzęków śledziony. Zimnica należy do bardzo rzadkich chorób w sokalskim powiecie; w szpitalu leczono tylko przejezdnych lub przesiedlonych chorych, zaś chera zimnicza nie miała w szpitalu przedstawiciela. Z ciekawszych chorób zasługuje na uwagę przypadek tężca u chłopaka 20-letniego. Przyczyna choroby ciemna. Kolosalne napięcie wszystkich mięśni utrzymywało się przez kilkanaście dni; chory stanowił istny kloc jednolity i z największą trudnością oddychał, a żywienie było połączone z prawdziwą męką. Wszelkie leki kojące, rozpylanie eteru na kręgosłup itd. były bez skutku, często trzeba było uciekać się do chloroformu, chcąc utrzymać czystość około chorego. Dopiero duże dawki kwasu salicylowego z równą ilością bromku sodu zdołały zwolnić skurcz mięśniowy. Leczenie rozległych odleżyn i poprawienie odżywienia trwało kilka miesięcy, a chory po dwóch latach jeszcze przedstawia opłakany widok nadmiernéj drażliwości i wychudnienia. Również nie codzienny był obraz złośliwéj niedokrewności u 16-letniego wyrostka. Nadzwyczajna bladość błon śluzowych i blizn na skórze pozbawionych barwika występowała jaskrawo wobec ciemnéj cery chorego. We krwi znaleziono wszystkie cechujące zmiany czerwonych ciałek i ubóstwo białych. Bezwzględny spokój, dobre odżywienie i przetwory żelaza wraz z gorzkiemi środkami zastosowano z powolnym, lecz pomyślnym skutkiem. Tu należy także *morbus maculosus Werlhofii* u 30 letniego mężczyzny z Waręża. Przybył z osłabieniem, brakiem apetytu i częstemi i krwotokami z nosa. Po pewnym czasie dopiero odkryto wybroczyny podskórne na dolnych kończynach, a w ciągu dalszych dwu tygodni chory przebył dwa gwałtowne krwotoki żołądkowe i dostał cechujących plam wielkości soczewicy na całem ciele. Plamy dawniejsze w miarę przeobrażania się barwika wynaczynionéj krwi, zmieniały barwę, przez co chory przedstawiał równocześnie rozmaite odcienia. Zwiększenia liczby białych ciałek nie można było sprawdzić. Pomimo różnych prób chory niewyleczony opuścił szpital i nie znam dalszych jego losów.

W choroby kobiece i położnictwo nie był szpital bogaty. Główna czynność streszczała się w udzielaniu opieki i pomocy ciężarnym, rodzącym i położnicom. Raz odprowadzano macicę w czwartym miesiącu uwięzgniętą w małéj miednicy, 7 razy wypróżniano macicę z treści podczas poronień przebiegających z krwotokami, 15 rodzącym udzielono przytułku, przyczem raz wykonano obrót a pięć razy usuwano sztucznie zatrzymane łożysko. W jednym przypadku rozpoznano *lithopaedion* po dawno przebytéj ciąży zamacicznéj; chora umarła na zapalenie otrzewnéj, przy sekcyi stwierdzono rozpoznanie, znajdując wśród zawiłych zrostów otrzewnéj z trzewami jamy brzusznéj i miednicy małéj worek przedziurawiony, wypełniony częściami płodu, nagromadzonemi bezładnie. Zapalenie połogowe okołomaciczne leczono raz ze skutkiem pomyślnym; ropa wydobyła się na zewnątrz przez powłoki brzuszne. Z chorób ginekologicznych najczęstszy materyjał stanowiły następujące: *metritis chronica, endometricis cervic., prolapsus uteri vag.* itp. Obok zwykłego leczenia miejscowego i kąpieli próbowano kilkakrotnie zabiegów Thure Brandta, jednak brak wprawy nie dozwolił doczekać się pomyślnych wyników i zawsze kończyło się na próbach. Chorych z rakami macicy było sześć. Z tych dwie nadające się do operacyi pouczono i wysłano do Lwowa, cztery zaś znalazły w szpitalu pociechę i ulgę we wstrzykiwaniach rozczynów *kalii hypermanganici* i w tamponach jodoformowych. Przypadki ginekologiczne, wyjąwszy raka, odnosiły się głównie do żydówek i niewłościanek. Wieśniaczki tych stron mało podlegają chorobom kobiecym, co tem dziwniejsze, że brak im umiejętnéj pomocy przy porodach. Zdumiewająca jest ich odporność na wszelkie szkodliwości, na jakie naraża je ciemnota i zabobon babek spełniających po wsiach

służbę położnych. Zapominać jednak nie trzeba, że wiele tajemnic partactwa idzie do grobu wraz z ofiarą, że więc brak jaskrawych przypadków z tego zakresu w statystyce szpitalnej nie stanowi wcale uspakajającego dowodu. Zaprowadzenie akuszerek gminnych załatwiłoby odrazu sprawę, ale jestto zadanie bardzo trudne, które o tysiączne rozbija się przeszkody. To zaś naturalnie daje babkom względną bezkarność, bo dziś są one prawdziwem *malum necessarium*. W ten sposób tworzy się błędne koło a w środku tego koła jęczą położnice i giną płody.

Na tem kończę przegląd ważniejszych czynności szpitala i uwag nad temi czynnościami. Jakkolwiek jestto zakład pod wielu względami niedoskonały, stara się przecież, ile sił mu starczy, umniejszać złe, jakie pod względem zdrowotnym cierpi ludność tego zakątka kraju, położonego na kresach Galicyi. Jeżeli szpital w swoim zakresie pełni służbę pożytecznie, niech to będzie najlepszem uznaniem dla szlachetnego założyciela i tych wszystkich, którzy zakład powołany przez niego do życia, dalszą otoczyli opieką.

Wreszcie składam podziękowanie WPanu Dr. G. Wyspiańskiemu prymaryjuszowi szpitala za łaskawą pomoc i rady, jakiemi mię darzył, przy pisaniu tego sprawozdania.

VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Wystawa narzędzi, przyrządów lekarskich i przyrodniczych pięknie świadczy o wyrobach tego działu przemysłu naszego. Przyrządy precyzyjne, bardzo ładnie i dokładnie wykończone wystawił mechanik Uniwersytetu Jagiellońskiego p. St. Freund: Opornicę skombinowaną w ten sposób, że opór w ohmach i dziesiętnych odczytuje się wprost bez obliczania (własnego pomysłu), chronograf, perymetr dokładny z przyrządem oznaczającym odrazu wielkość i postać pola widzenia, bateryję galwano-kaustyczną itd. Oprócz firm znanych, które wystawiły rozmaitego rodzaju narzędzia chirurgiczne, przyrządy ortopedyczne i t. p., spotykamy się tu z firmą Kasprowicza z Poznania, którego narzędzia odznaczają się starannością w wykończeniu i taniością, jakoteż z nową firmą krakowską p. Knapińskiego, którego rączki aluminiowe, przy narzędziach chirurgicznych i położniczych są polecenia godne jako nadzwyczaj lekkie i łatwo oczyścić się dające.

Na wzmiankę zasługuje także stół operacyjny żelazny składany p. Staszczyka, jakoteż nowej konstrukcyi łóżko żelazne. Dr. Sochacki przedmiotami przez siebie wystawionemi przedstawił, w jaki sposób można sobie zapomocą rurki kauczukowej i pióra gęsiego w praktyce prowincyjonalnéj skonstruować niezbędne przyrządy. I tak imadła dla środków przyżegających, jak lapisu, kamienia sinego, irygatory, które przez wywiercenie otworu w pierwszym lepszym garnku i wstawienie weń rurki kauczukowej zakończonej kanką z pióra gęsiego, pompa żołądkowa, aparat oziębiający, nawet i inhalator, wszystko to może rzeczywiście nieraz lekarzowi na prowincyi znakomite oddać usługi.

Osobny dział wystawy tworzą wynalazki poczynione przez polaków, dział, który według uchwały zapadłej na II posiedzeniu ogólnem Zjazdu stanowi początek utworzyć się mającego „muzeum wynalazków polskich“. Prócz przyrządów z dziedziny fizyki, geometryi spotykamy tu fotohemotachometr, przyrząd służący do oznaczania i fotografowania szybkości krwi prof. Cybulskiego, jakoteż jego przyrząd do określania parcia krwi w żyłach, cały aparat urządzony do drażnienia nerwów i mięśni zapomocą kondensatorów przez prof. Cybulskiego i p. Zanietowskiego, który interesującym się tą kwestyją demonstrował na żabach całe postępowanie. Nadto znachodzimy tu hodowle wzorowo piękne Dra Kowalskiego z Wiednia, które powszechną na siebie zwracały uwagę i zyskały najpochlebniejsze uznanie zwiedzających wystawę znawców. Pożywka z hodowlami znajduje się na dnie naczynia szklanego mającego kształt lejka, którego podstawa tworzy właśnie dno a którego otwór górny jest zatopiony.

Dr. Bujwid z Warszawy przedstawił również hodowle, fotogramy preparatów mikroskopowych i własnego wyrobu tuberkulinę.

Przyrząd do wyjaławiania mleka Dra Nenckiego i Zawadzkiego niezupełnie, mojem zdaniem, odpowiadać może celowi, gdyż wskutek wielkiéj powierzchni metalowéj i połączonego z tem znacznego promieniowania ciepłota w sterylizatorze prawdopodobnie nie dochodzi do pożądanej wysokości.

Ostatnią salę zajmują pokarmy, napoje i pożywki. Na wzmiankę pochlebną zasługuje w tej grupie mleko sterylizowane przechowane w szczelnie zamkniętych flaszkach z mleczarni p. Dobrzyńskiej z Krakowa, bulion i ekstrakt mięsny p. Małczyńskiej z Łapczyna, bulion i konserwy p. Baczyńskiego ze Lwowa i w. i.

Podworzec gmachu wystawy zajmują przybory służące do urządzenia kanałów, klozetów i do dezynfekcyi dokładnie wykonane przez znaną fabrykę Zieleniewskiego w Krakowie oraz przyrządy gimnastyczne. Całość wystawy robi bardzo dobre wrażenie a nie mało do tego przyczyniło się hojne udekorowanie jej pięknemi roślinami przez zakłady ogrodnicze krakowskie, które także wystawiły rośliny lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzeń sekcyjnych.

Sekcyja medycyny wewnętrznéj.

Posiedzenie I. dnia 17 go lipca po południu.

Przewodniczącymi na I posiedzenie wybrano Drów Baranowskiego i Chodunskyego.

Pierwsze miejsce porządku dziennego zajął referat Dra Pruszyńskiego z Warszawy: O ile postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na ich leczenie.

Przedstawiwszy zdobycze najnowsze w sposobach badania czynności fizyjologicznéj i patologicznéj żołądka, podnosi prelegent, że tylko tym nowszym sposobom badania zawdzięczamy, iż jesteśmy w stanie odróżnić choroby żołądka polegające na zmianach anatomicznych od cierpień czysto nerwowych, i od cierpień pochodzących od zmian wydzielniczych, dla których zboczeń anatomicznych nie wykazano.

Postępowanie lecznicze wobec chorób żołądka musiało się również zmienić od czasu, gdy lekarz jest w możności bliżej oznaczyć charakter i rodzaj choroby. Głównem zadaniem leczenia jest przystosowanie dyjety do zboczeń, a więc uwalnianie żołądka chorego od czynności przez podawanie odżywczych lewatyw, wybieranie odpowiednich, łatwiéj strawnych pokarmów w lżejszych chorobach. Inne musi być postępowanie lecznicze wobec zwiększenia wydzieliny kwasu solnego, gdzie wskazane jest podawanie znacznéj ilości białka i łatwo wessalnych węglowodanów a inne w chorobach połączonych z niedomogą wydzielniczą. Wobec nagromadzenia się wielkich ilości produktów rozkładowych lub śluzu, najlepsze usługi może oddać jedyne tylko mechaniczne wydalenie tychże zapomocą pompy żołądkowej. Znaczenie elektroterapii w chorobach żołądkowych jest mniejsze niż mięsienia, które dobre oddaje usługi wobec osłabienia mięśni żołądka i połączonych z niem zmian w czynności wydzielniczéj. Skuteczność zabiegów leczniczych jednakże nie zawsze odpowiada teoryi wysnutéj z badań klinicznych; i tak np. wody alkaliczne działają równie dobrze w cierpieniach połączonych z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego, jak (w małych dawkach) wobec niedomogi wydzielniczej.

Dyskusyję nad referatem Dra Pruszyńskiego odłożono do jednego z następnych posiedzeń. *Dr. A. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Korespondencyja z Dukli.

Kiedyż o kiedy doczekamy się nareszcie téj nowéj taksy za czynności sądowo-lekarskie? Obiecano nam jéj już od kilku lat w Radzie państwa, jednak niestety, jak to zwykle u nas bywa, „obiecanka cacanką...“ Nie wiem w saméj

rzeczy, dlaczego Rząd tak po macoszemu z nami postępuje? Cóżeśmy zawinili? Czy nie pracujemy w ciężkim zawodzie naszym dla dobra społeczeństwa? Od dawna już ustanowił Rząd Izby adwokackie, notaryjalne i handlowe. Izb lekarskich niema i niema. Od nas wymaga się płacenia podatków, ale zkąd wziąść na nie, o to się nikt nie pyta. Wymaga się, aby lekarz na każde wezwanie sądu jeździł na komisyje sądowe i to na wspólnym jechać musimy wozie tak jak żydzi na jarmark, lub rekruci do poboru wojskowego. Nie jest że to uwłaczającem godności Dra medycyny? A jeżeli lekarz wzbrania się jechać na komisyję sądową, karać go grzywną do 50 złr. Rozporządzeniem wspólnego ministerstwa z dnia 18 czerwca 1873 podwyższono dyjety wszystkim urzędnikom państwowym. Drowi medycyny należą się dyjety 8-éj klasy, przeto 5 złr., a pobieramy tylko 3 złr. 50 ct. Rozporządzenie to sankcyjonowanem zostało przez Najjaśniejszego Pana. Zapyta mnie niejeden z kolegów, dlaczego ani urzędnikom ani nam przynależnych dyjet nie wypłacają? Otóż ówczesny pan Minister skarbu oświadczył krótko i węzłowato, że niema na to pieniędzy Mieszkam tylko dwie mile od granicy węgierskiéj, jeżdżę często do tamtejszych chorych i zapoznałem się z kolegami z Węgier. Tam inaczéj obchodzi się Rząd z lekarzami sądowymi. Oni liczą milowe i to znacznie wyższe niż u nas i mają 7 złr. dyjet, a więc dwa razy tyle co my. Tam rząd ma pieniądze dla lekarzy sądowych, tylko u nas brak monety. Niech szanowni koledzy mi wybaczą, że ich trudzę moją jeremijadą, ale porównanie stosunków lekarskich naszych z węgierskiemi wykazuje całą niedolę naszą. *Dr. Karol Reiss.*

VIII. Wiadomości bieżące.

***Kraków**, dnia 29 lipca 1891, *Wiener Zeitung* ogłasza, że Jego Ces. Mość odznaczył prof. Dra Henryka Jordana orderem żelaznej korony III-ciéj klasy. Wiadomością niniejszą tem miléj nam podzielić się z czytelnikami o ile widocznem jest, że filantropijne zabiegi naszego kolegi zyskały uznanie nietylko wśród obywatelstwa miejscowego, nietylko wśród kolegów zawodowych, czego najwybitniejszym dowodem wspaniała owacyja w czasie ostatniego Zjazdu, lecz że i do stóp Tronu dotarła wiadomość o niezmordowanéj pracy kol. Jordana, mającéj na celu podniesienie zdrowia publicznego. Do licznych życzeń, które z tego powodu spotykają chlubnie odznaczonego, dołączamy i z naszéj strony życzenia aby mógł Sam a z Nim miasto i kraj cały odczuć jaknajprędzéj błogie następstwa zacnego obywatelskiego poświęcenia!

* Redaktor główny wyjechał na wakacyje; pod nieobecność jego zastępować go będzie w redakcyi lekarz miejski Dr. I. Schaitter.

* Zakopane d. 27 lipca.

Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich zakończył się w sposób bardzo przyjemny dla tych członków, którzy wytrwali do końca; to jest dla tych członków, którzy po zamknięciu posiedzeń w Krakowie pod kierunkiem Dra Surzyckiego puścili się w drogę, celem zwiedzenia zdrojowisk naszych. Wyjechawszy z Krakowa we Wtorek d. 21 lipca zwiedzili oni Rabkę, Krynicę, Żegiestów, Lubowlę, Szczawnicę i w niedzielę wieczór przybyli do Zakopanego, zkąd po kilkodniowym wypoczynku rozjadą się, unosząc nader mile wrażenia z wycieczki téj, wprawdzie męczącéj, ale i bardzo ciekawéj. wśród któréj wszędzie doznawali prawdziwie polskiéj gościnności. Jako wzór serdeczności koledzy tu przybyli przytaczali przyjęcie, którego doznali u właścicieli Lubowli hr. Zamojskich, pomimo że przybyli po północy; niemniéj serdecznem było przyjęcie w Zakopanem ze strony właściciela zakładu leczniczego Dra Chramca, który pomimo, że zakład jego jest przepełniony, postarał się o wygodne pomieszczenie 40 przeszło gości, przybyłych o godzinie 10-téj w nocy, — a pomiędzy nimi było kilka pań. — Kto wie, jak cenną jest rzeczą, jeżeli po dłuższéj jeździe, zmęczeniu i przeziębnięciu, natychmiast znajduje się pokój wygodny i ciepły, posiłek i spokój, — pojmie wdzięczność, jaką goście przejęci byli dla gospodarstwa, które nieznużone a zawsze serdeczne, starało się uprzyjemnić gościom krótki pobyt w Zakopanem.

Przyjazd członków Zjazdu zbiegł się z uroczystością poświęcenia przebudowanego i znacznie powiększonego zakładu leczniczego Dra Chramca, które się odbyło w poniedziałek d. 27 lipca, a na którą to uroczystość właściciel zaprosił był już poprzednio reprezentantów prasy galicyjskiéj, a następnie wszystkich lekarzy tu obecnych. Po poświęceniu Zakładu przez miejscowego X. proboszcza, goście w liczbie stu kilkudziesięciu zasiedli do stołu, a wśród obiadu, który przy bardzo miłéj gawędzie przeciągnął się przez kilka godzin, wzniesiono liczne toasty. Szereg ich rozpoczął gospodarz, po nim mówili hr. Koziebrodzki, Dr. Ponikło, poseł Dr. Sokołowski, hr. Zamojski, właściciel Zakopanego i wielu innych. Po obiedzie członkowie Zjazdu wyjechali do Jaszczurówki, gdzie przez właściciela p. Uznańskiego serdecznie podjęci, oglądali pod jego przewodnictwem kąpiele miejscowe. W ogóle pobyt w Zakopanem jest uwieńczeniem godnem Zjazdu VI.

Wypada mi przy téj sposobności podać wiadomość o zakładzie Dra Chramca, który doznaje słusznego a rzadkiego w naszych stosunkach powodzenia. — Otwarty w r. 1887 powstał z małych początków i w krótkim czasie rozwinął się świetnie. Składał się pierwotnie z 17 pokoi a podczas pierwszego sezonu gościł osób 46. W roku następnym już miał pokoi 50 i osób 114, w r. 1889 pokoi 64 a gości 195, w r. 1890 pokoi 78 a gości 306, a po raz pierwszy w tym roku był otwarty i przez zimę, wreszcie w r. bieżącym do 27 b. m. było już osób 180, pokoi zaś jest obecnie w zakładzie głównym 96, a w oddzielnym domu łaziennym pokoi 21, czyli razem pokoi 117, z których 28 jest urządzonych i na zimę. Tak więc z każdym rokiem powiększa się liczba gości szukających tu leczenia a równocześnie zwiększa się zakład tak, że ci, co leczyli się w nim po upływie roku przybywając znów do Zakopanego, już w zakładzie oryjentować się nie mogą; tak od lata przeszłego oprócz pokoi przebudowaną została sala dla zabaw, sala jadalna, przybył osobny pokój bilardowy, powstały osobne łazienki i tusze dla pań a osobne dla mężczyzn itd. W roku przyszłym przybędzie znów osobna sala dla ćwiczeń gimnastycznych, obok innych ulepszeń. Odpowiednio do tego rozkwitu zwiększa się także liczba służby, nad którą czuwa kierownik zakładu, dwóch asystentów lekarskich i administrator. To też pomimo ciągłego napływu gości w zakładzie panuje pod każdym względem porządek wzorowy, a zdarzającym się małym usterkom, nieodłącznym od administracyi tak wielkim zakładem, starają się zapobiedz na przyszłość tak lekarze, jak administrator. W ogóle zakład Dra Chramca robi bardzo dobre wrażenie i śmiało może iść w zawody z zakładami zakrajowemi, a wiele z nich przewyższa pod względem serdeczności w postępowaniu i staranności dla leczących się. Można więc powiedzieć z wielkim poetą niemieckim, że „dzieło mistrza chwali a błogosławieństwo od Boga pochodzi", a błogosławieństwo w tym przypadku jest dobrze zasłużone. *Dr. B.*

* Asystent przy katedrze medycyny sądowéj Dr. Wachholz mianowany został lekarzem sądowym w Krakowie.

* W Szczawnicy do d. 21 lipca było gości 1772; w Krynicy do d. 20 lipca 2461 osób; w Iwoniczu do 24 lipca 1372 osób; w Cieplicach czeskich do 25 lipca osób 3904.

* W tygodniu 28-ym (od 11—18 lipca) było w Krakowie małżeństw 14, urodzin 44, skonów 45; z tych z gruźlicy 11, z nieżytu żołądka i jelit 6, z zapalenia płuc 5, z odry 2, z płonicy 3, krztuśca 1, z duru brzusznego 1.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

PRZECIW MOLOM!

FENILIN

jest niezawodnym środkiem do wytępienia moli wraz z zarodkiem. Flakon 60 ct.

Papier ochraniający

futra, suknie, książki itp. przedmioty od moli. Sztuka 3 ct.

Ziółka antimolowe

są nieocenionym nabytkiem do przechowania większych ilości sukien. Kilo 3 złr. Pudełko 30 ct.

Wreszcie **Piżmo, Kamfora, Paczula, Olej terpentynowy, Naftalina,** są do nabycia w dowolnéj ilości

w fabryce chemiczno-kosmetycznéj

ulica Kopernika l. 3

J. JHNATOWICZA.

Składy własne fabryczne we Lwowie ulica Halicka l. 25, w Krakowie Sukiennice 20, w Czerniowcach Rynek l. 2.

32—26—9

Dr. Józef Tugendhat

emeryt. c. k. lekarz powiatowy etc. — ordynuje także w r. b.

W KARLSBADZIE

i mieszka 62—12—12

Mühlbadgasse, w domu „Kettenbrücke".

Z zapomogi kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia Dra Józefa Mianowskiego, wyszło z druku dzieło

Dra med. Dawida Wassercuga

p. t. *„Objawy oczne przy zaburzeniach układu nerwowego oraz wartości ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych"* (z rysunkami szematycznemi).

Cena 1 rs, z przesyłką 1 rs. 30 kop. — Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. 81—3—1

TABLETKI Z WYCIĄGIEM KASKARY

80—25—4

wyrobu **Konstantego Wiszniewskiego,** aptekarza w Krakowie

polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą. —

Cały słoik kosztuje 60 centów, lecz i na sztuki nabyć można.

Zuckmantel, Szląsk austr.

UZDROWISKO i ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Zakład dla fizykalnych metod leczenia: hydro- i mechanoterapija, gimnastyka szwedzka, masaż. Elekterapija: galwanizacyja, faradyzacyja, franklinizacyja. Kąpiel elektryczna. Pneumatoterapija. Kuracyja dyjetetyczna i terenowa. Wspaniałe powietrze górskie i leśne.

Ceny umiarkowane. — Prospekty rozsyła się darmo i opłatnie.

Właściciel i lekarz kierujący: 31—20—20

Dr. Ludwik Schweinburg,

długoletni I. asystent prof. Winternitza w Wien-Kaltenleutgeben.

Oberbrunnen

Woda mineralna znana od r. 1601. Szczególnie skuteczna w chorobach narządów oddechania i żołądka, przy skrofulozie, w cierpieniach nerek i pęcherza, w dnie, krwawnicach i cukrzycy.

Rozsełka książęcych wód mineralnych Obersalzbrunnen:

Furbach et Strieboll 27—20—11

Skład we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

Kurort Salzbrunn Schlesien.
Kursaison vom 1. Mai bis Ende September

MATTONI's GIESSHÜBLER

reinster alkalischer SAUERBRUNN

12—18—11

Mattoniego Giesshübler, najczystsza szczawa alkaliczna, jest według zgodnych orzeczeń powag lekarskich jako środek silnie alkalizujący, skutecznym wobec tworzenia się nadmiaru kwasu w ustroju, w wszelkiego rodzaju nieżytowych cierpieniach narządu oddechowego i pokarmowego (nieżyt żołądka, zgaga, brak apetytu); wobec kaszlu lub chryp i, w tych wypadkach najlepiéj zmieszana z mlekiem. Szczególnie zaleca się użycie téj wody dla ozdrowieńców i dla dzieci.

Szczególne zalety wód Giesshüblerskich polegają na korzystnym składzie ich mineralnych części, na obecności nieznacznych ilości soli ziem. i siarkanów, przy przewadze dwuwęglanu sodowego, jakoteż na tem, że woda ta już z natury jest nasycona bezwodnikiem węglowym.

Dzięki wielkiéj ilości wolnego i związanego bezwodnika węglowego ma ta szczawa orzeźwiające działanie na ustrój ludzki i dlatego żaden napój nie przewyższa jéj w smaku i skuteczności jako napój orzeźwiający, stołowy. Nadaje się znakomicie do mięszania z winem, koniakiem i sokami owocowemi.

Giesshübler Matoniego jest w zapasie we wszystkich składach wód mineralnych. przesyła także bezpośrednio właściciel

HENRYK MATTONI Giesshübl-Puchstein koło Karlsbadu.

Francensbad **Wiedeń.** Budapeszt.

Mattoniego zdrojowisko Giesshübl-Puchstein

koło Karlsbadu w Czechach.

Uzdrowisko, zdrojowisko i zakład wodoleczniczy. Leczenie pneumatyczne i za pomocą wcierań. Dla chorych nerwowych i piersiowych, dla ozdrowieńców, w nieżycie, gośćcu itd. — Prospekty bezpłatnie i franko rozsyła: *„Kur-Direction Giesshübl-Puchstein koło Karlsbadu.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.